

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE LA
CURE RADICALE DES HERNIES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 31 Juillet 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LUCIEN MAUVIEZ

Né le 28 Mars 1874, à Bourg (Ain).



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1894

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE LA
CURE RADICALE DES HERNIES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 31 Juillet 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LUCIEN MAUVIEZ

Né le 28 Mars 1874, à Bourg (Ain).



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER.
Médecine opératoire.	POLLOSSON MAURICE)
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène	ROLLET.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. WEILL.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	BARRAL,
CONDAMIN.	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	chargé des fonctions d'agrégé.
COURMONT	LANNOIS.	ROQUE.	MOREAU id.
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	
DEVIC.	POLLOSSON (Aug.)	VIALLETON.	

M. ÉTIEVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BONDET, Président; M. PIERRET, Assesseur; MM. POLLOSSON (A.) et ROLLET (Ét.), Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A M. LE DOCTEUR HUDELLET

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BONDET

INTRODUCTION

Notre thèse est née d'une impression, éprouvée au premier jour de nos études médicales, à l'heure où les vacances scolaires nous permettaient de retourner à Bourg, notre pays natal. Là, nous avons vu tous les jours M. le Dr Hudellet faire une chirurgie prudente et sûre, entourée des précautions de la plus minutieuse asepsie. Admis à profiter de ces enseignements, nous avons admiré, après chaque intervention, des résultats toujours les mêmes, toujours heureux ou du moins utiles, s'il s'agissait d'affections dont on ne pouvait espérer la guérison complète. Et au milieu des succès à enregistrer, il nous a semblé que les plus intéressants, au point de vue chirurgical, étaient ceux donnés par la cure radicale des hernies, parce qu'on opère là en terrain connu : parce

que, répondant de son asepsie à soi, délivré des mille hasards de la chirurgie d'urgence, aucun processus étranger, de début antérieur à l'opération, ne peut venir troubler les espérances du chirurgien. Ajoutant encore à la reconnaissance que nous lui devons pour tout ce qu'il nous avait déjà appris, M. le D^r Hudellet nous a permis de faire des résultats qu'il obtenait le sujet de notre thèse, où nous aurions voulu lui donner un témoignage de notre gratitude s'il avait suffi, pour faire bien, d'avoir été inspiré par un maître.

Nous ne savons non plus comment remercier M. le professeur Bondet, dont la bienveillance constante nous a soutenu durant le cours de nos études médicales, et nous a valu, au moment de les terminer, l'honneur qu'il nous fait aujourd'hui, en acceptant la présidence de notre thèse. Et puisque notre sujet, plus spécialement chirurgical, ne nous a pas permis de placer, dans le corps de notre modeste travail, un peu des précieuses idées que nous avons recueillies à ses savantes leçons, puissions-nous du moins l'assurer, à notre première page, de notre respectueuse reconnaissance.

Et si petit que soit le bagage de science que nous emportons, remercions encore tous ceux qui nous l'ont donné, en nous communiquant un peu de leur science à eux, particulièrement tous nos maîtres de Lyon, qui nous ont élevé à leur école et dont nous emportons les idées, et aussi M. le D^r Bernasconi, qui a contribué largement

à tout ce qui a été fait à l'hôpital de Bourg, et à qui il revient une part de mérite des résultats.

Et tous ceux enfin qui nous ont aidé, pour la confection de notre travail, de leurs judicieux conseils et de leur amical dévouement, et surtout M. le D^r Dubrulle, médecin-major de première classe, qui nous a fait profiter de sa longue expérience.

Il y a un peu plus de dix ans, au moment où paraissait la thèse d'agrégation de Segond (1883), la cure radicale des hernies n'était pas un sujet neuf, mais un inconnu où l'on ne s'aventurait pas. Si quelques opérateurs tentaient quelquefois la fortune, peu confiants en leurs procédés, ils se contentaient bien souvent d'une amélioration relative. Ils n'osaient compter sur rien de plus ! Ils n'osaient opérer que quelques malades, ceux qui les suppliaient d'essayer tout pour les délivrer d'une infirmité devenue intolérable !

Et à ces chirurgiens, que ne leur reprochait-on pas ? Il semblait à leurs contemporains que leur hardiesse était une témérité coupable, qu'elle était presque criminelle. Forcément, inconsciemment ils attribuaient à la méthode même des résultats qui ne lui étaient pas imputables à elle, mais à sa mauvaise application. Et traduisant les opinions générales d'alors, Segond se trouvait autorisé à dire : La cure radicale est une opération dangereuse. Appuyée sur les résultats obtenus, sa thèse contestait l'innocuité, l'utilité, l'efficacité de l'intervention.

Aujourd'hui, les chirurgiens ont changé tout cela ; d'indiscutables succès se sont additionnés chaque jour, et sont venus nous démontrer que la cure radicale, loin d'être une opération dangereuse, était au contraire une bonne opération.

Ce travail, fondé sur des faits observés dans une petite ville de province, naît avec l'espérance de contribuer pour sa petite part à démontrer l'innocuité, l'utilité, l'efficacité de l'intervention.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE LA
CURE RADICALE DES HERNIES

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Les méthodes, même modernes, de cure radicale peuvent tuer. La mortalité était considérable relativement, surtout à l'époque où les méthodes antiseptiques à peine connues étaient encore mal employées.

En 1883, Segond, dans sa thèse d'agrégation, ne pouvait moins faire que de déconseiller la cure radicale, qui fournissait d'après les observations réunies de tous côtés, 20 morts sur 219 opérés, soit 9 pour 100; il parlait de statistiques à pronostics plus sombres encore, de Bennò Schmidt par exemple, annonçant 20 pour 100 de mort.

Et cependant l'antisepsie était appliquée, les malades soignés avec les précautions modernes. C'est qu'il n'y

avait pas seulement, dans le relevé général qu'il publiait, des morts attribuables à des complications inflammatoires, péritonite, septicémie, phlegmon des bourses. Dans un tiers des cas rapportés, l'embolie pulmonaire, le shok, la perforation intestinale, l'hémorragie interne par le pédicule épiploïque, l'hémorragie secondaire tardive par les vaisseaux du cordon restés béants, se partagent les décès.

Si les premières de ces causes deviennent de jour en jour moins fréquentes, à mesure que l'asepsie se perfectionne et se complète, les secondes sont toujours existantes. Ce sont des accidents souvent impossibles à prévoir, et dont on ne peut dire jamais qu'ils n'arriveront pas. La mortalité, devenue extrêmement faible, ne peut être considérée comme nulle.

L. Championnière, sur 384, a perdu 2 sujets; l'un dit-il, opéré dans de mauvaises conditions (et il ne précise pas), l'autre mort en quelques heures d'étranglement interne sans qu'il soit prévenu (et M. L. Championnière assure, et nous en croyons sa haute autorité, que, s'il avait été prévenu, cela ne se serait pas passé ainsi).

Richelot, sur moitié moins d'opérés, a lui aussi 2 morts, un de soixante-dix ans, hernie double, congestion pulmonaire à la deuxième opération; un de soixante-six ans, septicémie chronique, trajet fistuleux, un malade indocile, fourrant ses doigts sous le pansement.

Et sur moins d'opérés encore, sur 52 malades, Socin a eu 2 morts, qui ne l'ont pas un seul instant découragé.

Il en est de même pour les autres auteurs. Nous voyons Bassini, avoir 1 décès sur 251 opérations, pour pneumonie.

Macewen a eu 1 cas sur 98, par scarlatine.

Kocher, dont nous reparlerons, a eu lui aussi 1 cas sur 119, par embolie pulmonaire.

Et, dans le nombre infini des petites statistiques isolées que publient les auteurs qui se sont occupés de la question, surtout les Allemands, à côté de celles qui sont favorables, nous en voyons d'autres où la malchance a fait que sur des chiffres très restreints, il y a eu des décès, élevant singulièrement la proportion pour 100. Nous voyons Boone, publier 1 cas de mort sur 2 opérés, pendant que Svenson parle en 1891 de 1 cas de mort sur 106 (due à une néphrite), et en 1892 dans une nouvelle statistique de 4 sur 417, soit une mortalité de 0,9 pour 100.

Tous ces cas sont dus à de malencontreux hasards. La recherche plus scrupuleuse des contre-indications opératoires permettra évidemment de lutter de plus en plus contre le hasard et de réduire au minimum les décès qui lui doivent être attribués. Aussi les statistiques françaises, données par des chirurgiens en général plus prudents que les Allemands, sont-elles universellement meilleures. Et nous voyons particulièrement à Lyon les succès plus complets : dans la thèse d'Imbert (Lyon, 1891) se trouvent comparées une statistique générale provenant de tous pays donnant 9,85 pour 110 de mort, et la mortalité nulle obtenue par M. le professeur Poncet.

Nous verrons de plus qu'à l'hôpital de Bourg, jamais aucun opéré n'est mort ou n'a été en danger de mort après sa cure radicale. Par conséquent, ces cas de mort sont des exceptions, et, exceptions pour exceptions, il est plus que vraisemblable que l'on observerait aussi des cas de mort si l'on observait pendant assez longtemps quelques centaines de hernieux, de tout état et de tout âge, même

en réunissant autour d'eux les meilleures conditions d'hygiène. Il y a toujours des gens dont la santé a souffert tant de dérangements, qu'il suffit d'un accident extérieur pour amener l'apparition d'une maladie. L. Championnière fait remarquer avec beaucoup de raison que ces cas de mort, malgré tout exceptionnels, ne sont nullement en rapport avec les nombreux dangers que courent tous les jours les hernieux de par leur infirmité. Et si l'on mettait en regard la mortalité des hernieux par hernie et une statistique générale telle que celle que publiait Trélat dès 1888 : 307 cas de cure radicale, 0 pour 100 de mortalité, on trouverait qu'un hernieux court moins de chances de mort en se faisant opérer qu'en conservant sa hernie.

Quoi qu'il en soit, rares ou non, les cas de mort doivent rappeler au chirurgien qu'il ne doit pas opérer à l'aveugle. Il y a des gens de moindre résistance, et qui ont moins de chances que d'autres d'échapper aux multiples dangers d'une opération de par leur état de santé. Et pour restreindre de plus en plus les hasards malheureux qui emmènent le malade, il importe avant tout de préciser les contre-indications.

CHAPITRE II

Il est des malades pour qui la cure radicale est dangereuse : premier ordre de contre-indications. Il doit en exister d'autres enfin, pour qui la cure radicale court le risque d'être inefficace; quelque minimales que soient alors les chances de mort, il est inutile d'y exposer le malade, s'il n'a pas bénéfice à en tirer.

Elle sera dangereuse comme toute intervention de quelque nature qu'elle soit, chez ceux qu'une altération quelconque de leur état général a mis hors d'état de résister à l'épreuve d'un shok opératoire. Il faudra donc refuser l'intervention à tous ceux dont la nutrition est compromise, soit par insuffisance de l'assimilation, soit encore, et ce sont les plus nombreux, par insuffisance de l'élimination. Ce sont tous ceux dont une intoxication quelconque, par des poisons venus du dehors ou du dedans, a précipité la déchéance, tous les sujets usés et surmenés, séniles par leurs excès, s'ils ne le sont par leur âge.

Le seul point particulier, c'est qu'ici l'on peut formuler une règle générale dont on ne doit pas se départir. Tandis que pour la majorité des autres opérations, toujours plus ou moins urgentes, il faut quelquefois la négliger ; ici, une fois posée, elle ne souffrira plus ni exception ni conteste. Pour certaines interventions l'on passe outre, par exemple, à une albuminurie légère, quitte à essayer de la modifier ou de la guérir par un régime lacté de quelques jours. On impose une fatigue momentanée à un appareil d'élimination qui est compromis, mais qui souvent se relèvera d'autant mieux que l'affection que l'on supprime peut bien être pour une part la cause de sa faiblesse. Pour la cure radicale il importe d'être prudent, puisque le malade peut après tout rester avec sa hernie sans inconvénients graves pour la vie.

Ce n'est pas d'ailleurs la seule cause qui commande la prudence. Toutes les intoxications chroniques ont leur gravité. Nous avons vu pour notre part une espèce de sujet maigre et alcoolique, buvant les petits verres soir et matin : ivrogne s'il en fût (obs. n° 23). On l'opère après l'avoir d'ailleurs soumis au régime lacté pendant cinq semaines, il n'est pas d'accidents, mais pendant plus de six mois la cicatrice s'ulcère tantôt en un point, tantôt en un autre. Et au risque d'avoir des accidents même pendant l'anesthésie, on l'avait opéré d'une hernie, qui aurait bien pu le gêner pour travailler, mais qui ne le gênait pas, lui, puisque l'alcool sous toutes formes, lui avait depuis longtemps fait passer le goût du travail. Verneuil a signalé chez un homme de la même trempe, une agitation extrême rendant la réduction difficile, puis un accès de *delirium tremens* emmenant le

malade dans la nuit. A tous égards, ces gens-là sont dangereux et doivent être éliminés.

Quand maintenant, pourra-t-on prévoir que l'opération sera inefficace ? En dehors de ces contre-indications évidentes, formelles, tirées de l'état général, y en a-t-il de locales, tirées de la hernie elle-même ? Ces hernies trop grosses qui, selon la vieille expression, ont perdu droit de cité dans l'abdomen, tellement que le ventre a passé dans le scrotum, ne sont à leur aise que là, dans cette deuxième cavité abdominale où elles entrent et sortent librement. Et ces hernieux qui font des hernies partout, si bien qu'il semble à les voir, que leur cavité abdominale a un trop-plein, débordant de tous côtés, qu'une portion d'intestin qui rentre doit en faire échapper une autre, ne peuvent non plus être guéris. Cet excès d'intestin doit aller chercher sa place ailleurs ; ce serait peine inutile que de le refouler en son ancien domicile, qui n'est plus fait pour lui.

Il est vrai, pourrait-on dire, qu'il y a quelques années, c'étaient précisément ces malades qu'on opérât parce qu'il n'y avait qu'à ceux-là qu'on osait proposer les risques d'une opération sanglante. Et aujourd'hui que ces risques ont disparu ou à peu près, pourquoi ne pas en profiter pour faire bénéficier tout le monde des bienfaits de l'art ? On hésite à faire une cure radicale d'une hernie trop grosse et trop vieille. Si le malade ne court d'autre risque que celui d'une récurrence d'ailleurs évitable et bien rarement du même volume que l'ancienne, ce malade a tout à y gagner, il n'a rien à y perdre. Pourquoi donc tant de scrupules subtils ? Pourquoi établir d'autres contre-indications que celles de toutes les interventions en général ? Hormis les conditions

spéciales de débilité dyscrasique ou sénile, on peut résolument s'attaquer à tout.

En effet, il se trouve pour corroborer cette assertion, que le plus souvent, une hernie trop volumineuse pour être opérée, influe sur l'état général, assez pour que cette déchéance recommande à elle seule l'abstention. Il y a contre-indication de ce chef, sans que l'on ait besoin d'invoquer l'état local, et la vraie mesure de la limite entre les cas opérables et les cas inopérables se trouve être précisément le degré d'altération de l'état général. Si celui-ci est bon, on peut opérer.

Joint à cela, ce fait que les porteurs de ces énormes prolongements de leur abdomen se plaignent moins que les autres. Leur hernie, en vieillissant, a eu le temps de s'habituer à son nouveau domicile ; la paroi est totalement effondrée ; l'intestin se trouve à l'aise, bien au large. Dans ces conditions, la vie du hernieux lui paraît supportable ; il ne tient pas à l'opération, comme s'il avait peur de jouer sur un coup de dés le peu de santé qui lui reste.

CHAPITRE III

Contre-indications relatives à l'âge.

On a voulu établir un autre ordre de contre-indications, relatives à l'âge du patient. La cure radicale, que supporte facilement un adulte, peut-elle être faite chez les enfants ? On la dit mauvaise (L. Championnière, chapitre xxiii), parce qu'elle est une opération grave, délicate, dangereuse et inutile. Mais surtout, d'après lui, elle risquerait d'être inefficace, parce qu'on n'a pas assez de tissus entre les mains pour s'assurer une action étendue. Pas un de ces motifs n'est rigoureusement valable et juste. Il faut s'entendre, évidemment, sur ce qu'on doit appeler des enfants. M. L. Championnière nous dit que ces considérations tombent lorsque le sujet a pris un peu de vigueur et de force, soit vers l'âge de six ou sept ans, donc le mot enfant embrasse pour lui tout ce qui n'a pas atteint sa septième année. Restons-en à ce chiffre. Or, cette gravité exceptionnelle, cette difficulté d'opérer sur des tissus trop restreints,

ne sont en réalité rien moins que relatifs, l'un à la santé habituelle de l'enfant, l'autre à l'habileté du chirurgien ; celle-ci, pour les cas qui nous concernent, ne s'est jamais démentie. Quant à être utile, nous le savons déjà, lors même que le bandage devrait être efficace, ce qui n'est jamais rien moins qu'assuré, mieux vaut surtout pour l'enfant une opération qui l'immobilise un mois, qu'un bandage qui le paralyse pendant plusieurs années.

Pour nous, une autre considération fait loi. Toute autre chose rend l'opération dangereuse. Il ne faut pas oublier en quelle région nous sommes, bien douteuse, même chez l'adulte, au point de vue de l'asepsie. Ce devient une condition sérieuse chez l'enfant, qui n'a pas encore pris certaines habitudes d'une propreté indispensable. Jusqu'à sept ans environ, tous les pansements appliqués sur les régions pubiennes et iliaques subissent le contre-coup de leur voisinage. L'urine baigne constamment le coton, séjourne et fermente. C'est cette difficulté de maintenir en cet endroit une propreté absolue qui doit faire différer l'opération, jusqu'au moment où l'enfant atteindra ses sept ans, l'âge de propreté, âge minimum, mais, nous le verrons bientôt, âge d'élection.

Cette question d'asepsie prime tout, dans le cas présent. Il faut être sûr d'elle pour tenter une opération qui peut être retardée, sans crainte ni danger.

Et encore même, cette contre-indication n'est-elle pas absolue, mais subordonnée en bien des cas à ce qu'est la hernie elle-même ? Si la hernie est douloureuse, si elle tient l'enfant dans un état perpétuellement maladif, avec des coliques, des nausées, des vomissements fréquents, tout cela accompagné d'une asthénie générale, d'une mai-

greur de plus en plus accentuée, d'une pâleur croissante, de troubles digestifs incessants, de déchéance générale retentissant enfin sur le système nerveux et le développement intellectuel, si l'enfant, bref, dépérit sous cette influence, il n'y a pas à hésiter : il faut opérer. On en sera quitte pour quelques précautions de plus !

Il y a, au contraire, dans ce cas une indication puissante et impérative. Ce sont les enfants surtout qui ont de ces hernies agissant si profondément sur l'état général, tellement qu'une attente de quelques années ne compromettrait pas seulement la santé et la bonne constitution, mais la vie du petit malade.

L'opération est en ce cas justifiée malgré ses dangers, par la transformation qui s'effectue après elle. Nous pouvons en présenter surtout une observation (n° 1). Il s'agit d'un enfant de trois ans, pour qui l'opération a été réclamée par les parents avec une insistance telle, que le chirurgien s'est vu obligé de pratiquer la cure radicale. Le résultat tel qu'il ressort du témoignage des parents, est bien net : Disparition immédiate et complète de tous les accidents. Amélioration immédiate puis progressive de l'état général, jusqu'à ce que l'enfant soit devenu vigoureux et robuste.

Même résultat dans une seconde observation, celle d'un enfant de trois ans (n° 43). L'état général était moins atteint, mais les accidents plus graves : coliques, vomissements, durant plusieurs jours, menaces incessantes d'un étranglement.

C'est évidemment pressés aussi par de puissantes indications que certains chirurgiens ont consenti à opérer des enfants. Il ne faut pas tenir compte évidemment de certains cas mentionnés de cure radicale dans le jeune âge,

où il ne s'agissait pas de véritables hernies, mais bien de ces extrophies congénitales de la paroi, où une large ouverture béante livre passage à toute la masse des viscères : l'opération alors est une question d'heures ou de jours, si l'on veut avoir des chances de sauver le petit malade. Mais nous voyons des cas plus probants : Barker opérant un enfant de trois ans, parce que l'enfant crie et souffre, parce que sa hernie se développe rapidement, et qu'à de courts intervalles elle menace de s'étrangler et de clore brusquement l'évolution progressive vers une terminaison fatale.

Nous concluons donc que, si dans quelques cas il faut opérer les enfants, s'il ne faut pas s'exagérer les dangers de la cure radicale à cet âge, il faut toujours redoubler de précautions, renouveler très souvent le pansement ou mieux : faire ce que l'on a fait pour notre petit garçon inscrit au n° 43 ; comme pansement, des bandelettes superposées de tarlatane et collodionnées, et par-dessus un enduit imperméable de bismuth stérilisé par la chaleur et délayé dans une solution de sublimé. Pas de coton, pas de bandes de toile par-dessus : un volumineux pansement risquant de s'imbiber d'urine à chaque miction, ou de se souiller plus encore au moment d'éliminations plus solides.

CHAPITRE IV

Bien loin d'être une contre-indication, l'âge est pour nous une indication de plus. Certains chirurgiens pensent qu'il n'y a pas indication d'intervenir chez des sujets jeunes, bien portants, avec des hernies petites et récentes, parce qu'en essayant du bandage on a pu arriver à des résultats. Il serait facile de mettre en parallèle les inconvénients du bandage chez l'adulte et la vie de tous les jours de celui qui a subi la cure radicale; mais lors même que le bandage ne devrait être porté que pendant quelque temps, nous le considérerions encore comme un traitement inférieur. C'est une triste perspective, c'est un supplice incessant pour le hernieux que le contact intolérable de cet appareil incommode qui bride le ventre, qui gêne les mouvements, qui se déplace plus ou moins à chaque pas et vient excorier la peau par ses frottements perpétuels.

Que sera-ce alors chez l'enfant, voué par là à une

immobilité relative, et fort empêché de se donner cet exercice perpétuel, qu'ils ont tous, sorte de gymnastique nécessaire à leur développement. Il restera à s'atrophier, dans l'inaction !

Ce serait peu, si le bandage devait amener, lui seul, la guérison radicale. C'est ce que pensent, il est vrai, quelques auteurs : on a vu M. Berger, soutenir à la Société de Chirurgie (1883) l'efficacité du bandage, et s'appuyer sur de longues statistiques recueillies au bureau central. Sur 53 hernies congénitales, 2 seulement, soit 4 pour 100, auraient persisté malgré le port régulier d'un bandage. Et pour les autres cas, il semble vouloir attribuer leur non-guérison, soit à une ectopie testiculaire empêchant le port du bandage, soit à la faute du sujet qui n'avait pas voulu en porter.

Mais, objecterons-nous, il est possible qu'on obtienne de beaux résultats avec le port « régulier » du bandage. Et si une statistique ne porte que sur ces cas, la proportion des guérisons peut bien être élevée. Mais là est le difficile, obtenir du malade ce port « régulier » du bandage. Il faudrait qu'il remplisse bien le rôle auquel on le destine. Presque toujours la hernie sort par dessous la pelote, et ne retire de sa présence que le négatif avantage d'être comprimée ou irritée au niveau de son collet. A moins encore que, par surcroît, ce bandage néfaste ne perpétue sur la région inguinale un eczéma suintant et douloureux.

Deux raisons donc, ses inconvénients, son inefficacité, militent contre le bandage et en faveur de la cure radicale. Et quand même encore on devrait obtenir la guérison par ce moyen, nous croyons préférable une opération dont les suites dureront deux ou trois semaines, au supplice du

bandage porté jour et nuit pendant des années. A une guérison qui resterait après tout douteuse, on en substitue une qui, du moment qu'elle est obtenue, doit être certaine. Et à tous ceux qui déconseillent d'opérer les sujets jeunes, nous répondrons que c'est au contraire avant la puberté qu'il faut opérer, de manière que la cure soit complète, avant que le sujet n'entre dans la période fatigante de la vie. Pourquoi laisser venir le moment où, trop heureux de parer à des accidents mortels, on de rendre une vilaine infirmité plus tolérable, on n'aura plus le droit d'espérer une guérison complète. Pourquoi respecter cette infirmité pendant les années de la vie les plus actives, quand on a dans les mains une opération qui demande quinze jours de repos, et dont la bénignité est extrême. Elle se réduit alors à une simple dissection dans le tissu cellulaire des bourses, dissection minutieuse, il est vrai, mais à laquelle on arrive toujours en procédant lentement.

Par conséquent, la cure radicale étant plus grave chez l'enfant, étant plus utile chez l'adolescent, il y a un âge optimum, entre dix et quinze, auquel il faut opérer. Cela d'autant plus qu'elle sera alors plus efficace. La hernie est récente, les muscles sont forts : les anneaux sont petits, la paroi abdominale n'est pas celle véritablement d'un hernieux.

En réunissant les bords de cette solution de continuité tout accidentelle, on supprime toute cause de hernie ; la récurrence n'est donc pas à craindre, ou du moins l'opéré ne pourra avoir, au pis aller, que juste autant de chances qu'un autre homme, d'avoir dans l'avenir une hernie acquise.

Ces bonnes conditions ne se rencontreront plus quand

la hernie sera ancienne, bien développée, quand elle aura élargi les anneaux, affaibli la paroi abdominale. A ce moment, tout sera distendu, et c'est bien un hernieux qui se présentera devant le chirurgien. Il sera trop tard pour avoir, à coup sûr, une guérison définitive et certaine.

DEUXIÈME PARTIE

On a donc hésité à opérer tout le monde tant qu'il y en avait sur le nombre qui pouvaient avoir à perdre dans l'opération. Mais si les dangers de la cure radicale sont encore moindres, et bien moindres que ceux que donne une hernie laissée sans opération, aujourd'hui, avec la mortalité nulle que la chirurgie antiseptique et la recherche des états morbides doivent nous faire espérer, aucune limite ne peut être imposée. Tout l'effort doit donc se porter sur un point : assurer l'efficacité de l'opération. Il faut réserver au malade le plus de chances possible pour la certitude de la guérison. Pour multiplier ces chances, on a essayé de tout. En quelques années il s'est fait comme une avalanche de procédés nouveaux, qui bien souvent n'ont été connus et appliqués que par leurs auteurs. Il semble que

chaque chirurgien ait tenu à inventer quelque chose, à mettre du sien dans la méthode, à ne pas faire comme ses devanciers. Cette tendance générale ne pouvait être due qu'à l'insuffisance de chaque méthode prise à part. Chacun reprochait aux autres, et avec raison, de faire des cures radicales qui quelquefois n'étaient pas radicales, mais tout au plus utiles.

Et cependant le dernier mot n'est pas dit, là comme partout. La multiplicité même des procédés de cure radicale nous est un garant qu'il n'y en a pas un de bon, pas un d'universellement applicable sans restriction.

Il est probable, par contre, que chaque procédé a du bon. Et la preuve, c'est que tous les procédés ont guéri des malades. Nous serions alors presque tenté de dire : Celui-là est le meilleur qui en a guéri le plus.

C'est à-dire : Jugeons d'après les chiffres bruts.

Mais nous connaissons la valeur des statistiques. Avec leur mathématique sécheresse (on la leur a reprochée bien souvent) elles semblent faire de l'indication d'une intervention quelconque un simple calcul de probabilités. Comme si tous les cas étaient semblables entre eux et comme si toutes les guérisons avaient la même valeur !

Combien y a-t-il de succès à bon marché qui font nombre comme les autres, et qui tiennent leur place dans des statistiques, portant presque toujours sur de petits chiffres, puisqu'elles sont le fait d'un seul chirurgien ?

Nous avons à examiner successivement en réunissant ces 53 observations :

- 1° L'opération elle-même et ses résultats immédiats ;
- 2° Les procédés employés et les résultats éloignés qu'ils ont produits.

Quant à l'histoire de la maladie, quant aux éléments du diagnostic, nous ne voulons point nous lancer à son sujet dans de longues discussions, qui, outre qu'elles appartiennent aux traités didactiques de pathologie proprement dite, nous entraîneraient trop loin de notre sujet purement chirurgical et opératoire.

CHAPITRE PREMIER

Les opérations.

Nous nous occuperons d'abord de l'acte opératoire seul, nous réservant d'examiner les procédés employés dans tel ou tel cas au moment de comparer leurs résultats.

Pendant ces cinq années consécutives, de 1889 à 1893, il a été opéré 53 hernies, se répartissant comme il suit sur les 5 années :

1889.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
1890.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
1891.	.	.	.	.	.	.	.	.	9
1892.	.	.	.	.	.	.	.	.	15
1893.	.	.	.	.	.	.	.	.	27

On le voit, ce chiffre de cures radicales a subi une progression ascendante qui tend à s'accroître encore cette année; à l'heure actuelle, en 1894, il a déjà été opéré vingt personnes de cure radicale.

Cette progression n'est pas seulement due au chirur-

gien, qui propose l'opération à plus de malades, mais aux malades eux-mêmes, qui viennent tous les jours de plus en plus nombreux et de plus en plus confiants. Cette confiance elle-même n'est peut-être due qu'à la renommée, que répandent les gens déjà opérés, dans la petite ville de Bourg et dans ses alentours. Nous avons pu d'ailleurs remarquer que les hernieux venaient par séries, tous à la fois d'un même village ou d'une même région, envoyés ou encouragés les uns par les autres.

Passons aux résultats immédiats. Le plus important, pour toute intervention, est assurément la mortalité qui s'ensuit. C'est surtout le cas pour une intervention du genre de la cure radicale. La hernie non étranglée ne compromet en aucune façon la vie de l'individu qui en est porteur; elle ne compromet que sa santé. Que n'aurait pas alors à se reprocher le chirurgien, qui verrait mourir entre ses mains un de ses malades?

Sur les 53 cas de cure radicale rapportés plus haut, la mortalité a été égale à 0.

Nous avons cependant vu, dans les premières pages de ce travail, que tous les opérateurs n'ont pas été aussi heureux. Nombre de chirurgiens ont eu à regretter des décès.

Peut-être, il est vrai, aucun de ces décès n'est-il à imputer à l'opérateur. Et que l'on parcoure les statistiques de tous: on ne trouvera nulle part une faute contre l'antisepsie, ou un manque de soin dans l'opération. Toujours c'est un malencontreux hasard qu'il faut incriminer.

Ce que nous voulons seulement faire remarquer parce

que nous avons bien pu nous en convaincre, c'est que bien des fois ce dit hasard aurait pu être prévu ou combattu. Etant donné que tous ceux qui sont morts, puisqu'ils ne sont point morts de l'opération elle-même, devaient y être prédisposés par une tare quelconque antérieure, il est bien certain que cette tare aurait pu être trouvée ou soupçonnée avant l'intervention. Si elle n'a pas été trouvée, c'est qu'elle n'a pas été cherchée avec assez de soin.

C'est justement ce que le chirurgien ici s'est attaché à faire, examiner avec soin la santé du malade et ne l'opérer qu'en connaissance de cause. C'est ce qui lui a permis toujours de tout surveiller et de tout prévoir.

Et si l'on nous objectait que, de même que c'est un effet du hasard si certains chirurgiens ont eu à enregistrer des morts, c'est un effet du hasard aussi que nous n'en ayons pas eu, nous répondrions qu'il y a une raison au moins adjuvante à ce hasard. Ce serait la sollicitude jamais démentie du chirurgien, qui, ayant un service moins chargé qu'il n'en existe dans les grands hôpitaux, donne à ses malades tout son temps et les examine longuement lui-même. Aussi non seulement la mortalité a été égale à 0, mais pas un seul opéré n'a été un seul moment en danger de mort. Jamais nous n'avons vu dans les salles de l'hôpital, consécutivement à une opération de cure radicale (nous pourrions presque dire à une opération quelconque, si nous n'avions peur d'empiéter sur un sujet qui ne nous appartient pas), une seule complication véritable et grave. Jamais une pneumonie, ni une embolie, ni un shok opératoire, pas un accident d'anesthésie; jamais rien qui puisse faire craindre un seul moment pour la vie du malade.

Tous, au contraire, depuis le premier jusqu'au dernier, ont eu des suites extrêmement simples et bénignes ; aucun ne s'est retrouvé, après son opération, agité ou déprimé, peu ou beaucoup.

Une seule fois, une seule, le thermomètre a décelé une élévation de la température, d'ailleurs nullement inquiétante. Il s'agit du n° 21, hernie inguinale double, opéré le 9 décembre 1892. Le 9, au soir, température rectale : 39. Le 10, 39 le matin, 39,8 le soir. Puis, après cette brusque ascension, la température a baissé progressivement ; le 11, elle est de 39 le matin, 38,8 le soir ; le 12, elle est de 38,3 le matin, 38 le soir. A partir de ce moment elle se maintient constamment normale.

Cette élévation subite et passagère ne devait pas être attribuée à une faute contre l'antisepsie, à une circonstance quelconque ayant amené de l'infection chez notre malade. Celui-ci n'a présenté ni frisson, ni malaise, ni douleur au niveau de la région opérée. Il est probable qu'il faut attribuer cette fièvre passagère à de l'infection intestinale, résorption des matières toxiques contenues dans le tube digestif. Le malade a en effet présenté quelques coliques dans tout l'abdomen, accompagnées de plusieurs selles fétides.

Cette infection intestinale, fréquente il est vrai chez les opérés, serait survenue ici on ne sait pourquoi. Toutes les précautions d'usage à cet égard avaient été prises. Un purgatif avait été donné la veille pour débarrasser son tube intestinal. Il est cependant certain que l'on ne peut guère attribuer une autre origine à cette fièvre.

Tous les autres malades, en général, ont été purgés avant leur opération. C'est d'ailleurs un précepte universel

dans le service pour toute intervention chirurgicale, quelle qu'elle soit. 2 grammes de naphthol sont en même temps administrés au patient, soit la veille, soit pendant les deux jours qui précèdent l'opération ; le naphthol vient ajouter son action antiseptique au nettoyage opéré par le purgatif.

Ce n'est donc pas l'acte opératoire qu'il faut incriminer dans ce cas. Et l'on peut dire sans crainte qu'aucun malade n'a été infecté pendant son intervention. Il serait difficile, en effet, qu'il en soit autrement. La salle d'opérations, très largement éclairée latéralement et par en haut, est située loin des salles communes ; elle est réservée aux opérations aseptiques. Le sol est en mosaïque, le plafond et les parois en stuc ; tout est lavé et nettoyé à fond chaque fois qu'on s'en est servi. Les mains, avant-bras compris, du chirurgien et de ses aides, réduits d'ailleurs au strict nécessaire, sont lavées aussi méticuleusement qu'il est possible ; on peut dire qu'elles ne sont admises à toucher la champ opératoire ou les instruments qu'après avoir subi sept nettoyages successifs, tous se complétant l'un l'autre, savoir :

- 1° Lavage prolongé à la brosse, savon, eau chaude ;
- 2° Curetage des ongles toujours tenus courts, avec des cure-ongles stérilisés par la chaleur sèche ;
- 3° Lavage à l'éther à l'aide d'une compresse de gaze stérilisée ;
- 4° Nouveau lavage à la brosse, savon, eau chaude ;
- 5° Lavage à l'alcool et à la brosse ;
- 6° Lavage dans une solution chaude de carbonate de soude ;
- 7° Immersion dans le sublimé.

En outre, le chirurgien et son aide se recouvrent totalement d'un immense sarrau de caoutchouc se lançant par derrière et couvrant du menton aux pieds, qui peut être lavé au sublimé. Ce sarrau est enfin recouvert d'un autre sarrau de même forme, en toile, mais qui sort tout humide de l'autoclave.

Le malade lui-même est soumis à des préparatifs non moins nombreux, non moins minutieux ; il prend un ou deux bains savonneux, soit la veille, soit dans les deux jours qui précèdent. Avant l'opération, la région est nettoyée à l'alcool à 80 degrés et à la brosse maniée vigoureusement, puis avec le sublimé à 1 pour 1000.

Pendant l'opération, la région est absolument isolée par des serviettes et de la gaze stérilisée dans l'autoclave, laissant entre elles un quadrilatère juste suffisant, dont les bords sont maintenus à l'aide de pinces, de façon à ne pas se déranger. Pour isoler plus encore le champ opératoire, la tête du lit métallique, en forme d'immense bouillotte à eau chaude, est garnie d'une sorte d'arceau vertical, sur lequel on place une serviette stérilisée ; l'aide chargé de l'anesthésie, placé tout à côté de la tête du malade, est complètement isolé par cette serviette ; on est certain ainsi que rien ne pourra venir souiller les alentours du champ opératoire, ni les poussières émanées du vêtement de l'aide ; ni surtout les vomissements sortis de la bouche du patient.

Quant aux instruments, ils sont soumis à la chaleur sèche 180 degrés, pris directement par l'opérateur dans une cuvette d'eau stérilisée ; on évite ainsi leur passage par des mains multiples, toujours un peu suspectes, et surtout leur contact accidentel, mais si fréquent avec les

vêtements ou les téguments non aseptiques des assistants.

Les tampons enfin sont faits avec de la ouate emprisonnée dans une enveloppe de gaze, matelassée par quelques points de couture et sortant eux aussi de l'autoclave.

Tout est donc rigoureusement aseptique ; si nous recherchons maintenant combien de malades ont suppuré, nous trouvons.

Suppuration : Immédiate profonde. 0

— Ayant consisté en un petit abcès superficiel survenu quelque temps après 2.

Le premier de ces deux cas est celui de notre n° 8. Hernie inguinale gauche avec ectopie testiculaire, opéré le 28 août 1891. Les suites sont d'abord simples ; la cicatrisation se fait sans encombre et le malade sort le 11 septembre, quatorze jours après son opération, en apparence absolument guéri. — Quand, le 18 septembre, le malade rentre, et raconte que depuis quelques jours il souffre de la région opérée ; en même temps est apparue une tuméfaction rouge, du volume d'une noix, un petit mouvement fébrile qui a disparu. Le 20 dans la nuit, un peu de pus se fait jour au dehors sur la cicatrice d'un point de suture : le pus est blanchâtre, sans odeur ; le malade n'a pas de fièvre. La suppuration se tarit immédiatement et le 1^{er} octobre le malade sort guéri. Qu'a-t-il eu alors et à quoi faut-il attribuer cela ? Faut-il admettre, en raison du siège de l'ouverture, que le malade a été infecté par un fil, dont la stérilisation aurait été insuffisante. Mais depuis des années on se servait de soie dans le service pour toutes les ligatures et sutures. Cette soie a d'abord été dévidée dans l'éther, elle a ensuite séjourné vingt-quatre heures dans la solution forte de sublimé à 2 pour

1000. Puis on la met tremper dans la solution faible à 1 pour 1000, jusqu'au moment de s'en servir. Il est à peu près certain qu'après avoir subi toutes ces préparations successives, la soie est bien purgée de tout germe septique. Mais on n'est jamais sûr de rien ; deux sûretés valent mieux qu'une et par surcroît de précautions la manière de stériliser la soie a encore été modifiée, nous pourrions dire considérablement augmentée. Elle subit aujourd'hui six préparations successives.

1° Séjour pendant 24 heures dans l'éther ;

2° Séjour pendant 2 heures dans l'alcool ;

3° Séjour pendant 1/2 heure dans la solution bouillante de soude ;

4° Séjour pendant 12 heures dans le sublimé acide, (5 grammes d'acide tartrique par litre) ;

5° Jusqu'au jour où l'on doit s'en servir, on la met tremper dans la solution ordinaire de sublimé à 1 pour 1000.

6° Au dernier moment enfin elle est mise à l'autoclave, avec sa bobine et le bocal.

Une autre hypothèse nous paraît bien plus probable que celle de fils souillés, malgré toutes les précautions prises. Outre que l'on n'a pas vu s'éliminer avec le pus le brin de soie accusé, qui se serait éliminé comme tout corps étranger, il faut remarquer que notre homme était un ancien paludéen, vivant encore d'ailleurs en plein pays d'infection, au cœur des Dombes, dans un des villages du département qui fournit le plus de paludiques ; sa peau assez pigmentée, son facies maigre et pâle, son foie débordant de trois travers de doigt les fausses côtes ; sa rate, très volumineuse, se traduisant à la percussion par

une zone de matité haute de 7 centimètres, confirmeraient d'ailleurs le diagnostic. Il a eu, avant le jour de sa seconde entrée à l'hôpital, un petit mouvement fébrile, mais cette fièvre a été précédée d'un frisson; elle a été suivie de sueurs. Bref, c'est un organisme qui a saisi une occasion pour faire un véritable accès de fièvre intermittente, qu'1 gramme de sulfate de quinine a suffi à arrêter. Nous ne voulons pas soutenir que les germes de son abcès sont venus du dedans, et ont été apportés par sa circulation; mais nous croyons qu'il a suffi de la plus minime ulcération de sa cicatrice, le jour où il a voulu reprendre son travail et où ses vêtements ont frotté sur des croûtes récentes, pour permettre à quelque germe isolé de pénétrer par là, et de venir faire, au-dessous de la peau, une petite collection purulente.

Connaissant toutes les précautions prises, avec lui comme avec tous les autres, pour assurer l'asepsie parfaite de tout ce qui a approché la plaie jusqu'à sa guérison, nous ne pouvons admettre autre chose pour expliquer cet accident.

On ne peut imputer non plus à l'acte opératoire un abcès, qui lui est survenu dans la même région, mais deux ans après. Quand nous avons été pour revoir le malade, au point de vue de sa récurrence, au mois d'août 1893, il nous a raconté qu'au mois de juin de la même année, il avait eu un abcès, accompagné de fièvre, et, sans qu'il fasse rien, il a vu quelques jours après le début des douleurs, le pus s'évacuer par le rectum. Pourquoi notre malade aurait-il eu un abcès de la fosse iliaque, deux ans après son opération, si cette opération y était pour quelque chose, et ne faut-il pas admettre encore que cet homme, de par une

prédisposition morbide antérieure, fait des abcès à la moindre occasion.

Le second cas de suppuration est celui du n° 37. Hernie inguinale gauche, opéré le 5 juin 1893. Le malade avait été opéré quelques jours avant de hernie crurale droite étranglée. Les deux plaies paraissaient devoir se cicatriser rapidement, quand au bout de treize jours la partie externe de la ligne de réunion se tuméfie légèrement; les lèvres de la plaie se disjoignent en ce point, et laissent écouler un peu de pus. La suppuration s'établit alors, et dure jusqu'aux premiers jours d'août. Le pansement était renouvelé tous les jours, et l'on appliquait sur le point suppurant de la teinture d'iode dans un but antiseptique. La plaie consécutive à son opération de hernie étranglée de l'autre côté était depuis longtemps complètement guérie. A quoi faut-il attribuer cette suppuration au bout de treize jours; l'acte opératoire encore ne peut guère être accusé. Et cependant, nous ne pouvons croire qu'un seul pansement eût pu être fait un jour non aseptiquement; tous ont été faits par le chirurgien lui-même, et toujours avec le soin le plus scrupuleux. Rien n'a été négligé pour en assurer la propreté; le lavage des mains est aussi minutieux que possible; tout le personnel subalterne touchant de près ou de loin aux objets de pansement, est dressé et stylé depuis des années, surveillé d'ailleurs constamment, de telle façon que l'on peut répondre de sa propreté. Le pansement est renouvelé le moins souvent possible tant qu'il ne survient pas de phénomènes inquiétants à quelque degré que ce soit. Pour isoler plus complètement la plaie de tout contact suspect, on la recouvre de morceaux de gaze stérilisée par la chaleur sèche à 200 degrés; cette gaze est

rendue adhérente par ses bords, et imperméable à l'air et aux liquides, à l'aide de collodion frais appliqué à l'aide d'un pinceau réservé au malade et trempant continuellement dans le sublimé. Ce premier pansement, une fois sec, est ensuite recouvert d'un autre avec des compresses, de la ouate, des bandes de tarlatane; le tout a passé le matin même au stérilisateur Poupinel, chaleur sèche, 180 à 200 degrés. Le pansement n'a jamais été défait par le malade; qui faut-il alors incriminer? Faut-il croire qu'un jour, pendant un pansement dans la salle commune, une poussière flottant dans l'air a pu tomber des objets environnants et venir se déposer juste sur la plaie? Nous ne le savons et ne pouvons assurer qu'une chose, c'est qu'en raison de la date de son début, cette suppuration n'est point due à l'opération.

En dehors de toute suppuration, de toute infection à quelque degré que ce soit, nous avons bien encore à signaler quelques accidents locaux, ayant entraîné un retard plus ou moins considérable de la cicatrisation définitive. Cinq fois les lèvres de la plaie se sont séparées, soit sous une influence inconnue, soit pour laisser écouler un liquide retenu sous la peau.

Le premier cas est celui de n° 19; opéré le 28 octobre 1892, il ne quitte le service que le 9 décembre quarante-deux jours après. Sa guérison avait été retardée par une légère désunion de l'extrémité interne de la plaie. Les lèvres de l'incision se sont ensuite réunies définitivement. Pourquoi s'étaient-elles écartées un beau jour? On ne retrouve rien dans les antécédents du malade qui permette d'expliquer ce accident de la guérison. Quelque temps après sa sortie de l'hôpital, sa plaie se serait encore

ouverte, et le malade aurait expliqué cette ulcération de sa cicatrice par un métier trop pénible ; il était employé de commerce et avait à manoeuvrer des paquets assez lourds. Depuis, il aurait changé de profession ; sa plaie se serait refermée et ne se serait plus jamais rouverte.

Si dans ce cas nous ne pouvons trouver la cause, il n'en est point de même pour notre n° 23, qui reste 188 jours à l'hôpital. Nous avons déjà signalé la cause de ce séjour prolongé, lorsque nous nous sommes demandé s'il y avait bien indication de l'opérer ; cette cause, c'était l'intoxication de l'alcool. Même après sa sortie de l'hôpital, il revint bien des fois à la visite du matin, montrer une nouvelle ulcération de la ligne de réunion. L'alcool n'en était peut-être pas seul la cause ; et nous avons toujours soupçonné que cet individu tenait à mettre à profit toute occasion de se faire héberger le plus souvent ou le plus longtemps possible à l'hôpital. C'est presque un professionnel, tout le monde le connaît ici depuis tant d'années qu'on le voit revenir à période fixe, pour faire à peu de frais un petit hivernage, destiné à le reposer pour un temps, non pas de ses fatigues, mais de ses excès. Une fois entré dans le service, il ne tenait certainement pas à guérir rapidement pour pouvoir reprendre son travail : ce n'est point là l'idéal de sa vie. Il est probable au contraire que le malade entretenait sa plaie lui-même et ceci ne lui était point difficile ; les sillons de ces ongles n'étaient certainement pas plus purs que les alcools inférieurs qu'il avait absorbés.

Tout s'explique plus facilement pour l'observation XXVIII, celle d'un jeune homme ne paraissant ni malade, ni intoxiqué. On réunit sans faire de drainage. Tout paraissait aller bien, quand le dixième jour, un peu de sérosité san-

guinolente sortit spontanément, en écartant les lèvres de la plaie. Il est certain que cet accident était impossible à prévoir, et que si on l'avait prévu, on aurait fait du drainage, mais il est certain aussi qu'il aurait été plus sûr d'en faire; nous verrons ce qu'il en faudra conclure au point de vue drainage en général.

La cause est la même absolument, chez un enfant de sept ans, observation XXXIX, qui, six jours après l'opération vit les lèvres de sa plaie se recouvrir, et livrer passage, aussi à un peu de sérosité, on n'avait pas fait de drainage. Mais ce qu'il y eut en outre, c'est que, une fois écartée, la plaie ne manifesta plus aucune tendance à la guérison spontanée; les lèvres séparées semblaient ne plus devoir se réunir; il fallait exciter la cicatrisation, et réveiller ces tissus endormis qui ne réagissaient pas, en appliquant tous les jours un peu de teinture d'iode. Le petit malade sortit guéri au bout de quarante-sept jours de traitement. Pour lui, évidemment, il y avait quelque chose de plus que cette sérosité accumulée sous la plaie, et se faisant un chemin le sixième jour. La constitution même du malade devait le prédisposer à cet accident; c'était en effet un petit bonhomme en chétif, malingre et pâle, aux muqueuses anémiées, au tempérament lymphatique, avec des masses ganglionnaires dans le cou et dans toutes les régions du corps. La guérison aurait pu se faire rapidement, comme il arrive quelquefois chez ces enfants lymphatiques; une fois ratée, elle ne pouvait plus s'accomplir.

Pour le dernier enfin, n° 52, encore un enfant âgé de dix ans, on avait fait du drainage; le drain fut enlevé le lendemain, et deux jours après, quand on enleva les

sutures, on constata un peu de rétention de sérosité sous la partie externe de la plaie, et un peu de désunion. Celle-ci d'ailleurs ne dura pas fort longtemps ; le malade quitta le service vingt-huit jours après son opération. Avait-on dans ce cas, enlevé le drain trop tôt ; mais combien de cas où on a tenu la même conduite et où rien n'est survenu ?

Dans les cinq cas qui précèdent, et dans l'un des deux cas de suppuration, le second, la guérison a donc été retardée. Encore ne l'a-t-elle pas été d'une façon bien considérable, sauf pour notre alcoolique. Dans tous les autres cas, le malade est resté très peu de jours dans le service, et a pu reprendre presque immédiatement son travail et son métier. Nous en exceptons bien entendu les malades qui sont restés à l'hôpital, après leur complète guérison, pour une autre affection que leur hernie ; il en fut ainsi de l'observation n° 27, le malade resta un mois et demi dans le service pour des troubles nerveux, dont le début était d'ailleurs antérieur à l'opération, et sur la nature desquels on n'était alors pas fixé ; ils ont été reconnus depuis comme tenant à un début de syringomyélie : atrophie, thermo-anesthésie, dissociation des sensibilités.

En exceptant ces cas, disons-nous, la moyenne des séjours dans le service n'a pas été très élevée, d'une vingtaine de jours environ (exactement 22). Leur durée a d'ailleurs été entièrement variable pour chacun d'eux, même en dehors de toute complication ; les uns sont restés dix jours à peine, les autres trente jours, quarante jours et plus. Cette durée a fait le grand souci de certains chirurgiens, se demandant si en laissant le malade plus longtemps au lit, on augmentait assez les chances de gué

raison certaine pour avoir le droit d'imposer ce séjour prolongé à des gens pressés de rentrer chez eux et de reprendre l'exercice d'une profession nécessaire à l'entretien de leur famille. Kocher par exemple, tout en avouant que ce traitement écourté diminue la certitude de la guérison, et qu'il serait désirable, comme le pense Macewen, de laisser les malades six semaines au lit et huit semaines au repos, remarque que la place toujours restreinte qu'offrent les salles d'hôpitaux ne permet pas une semblable prolongation de séjour. De plus, dit-il, un grand nombre de nos patients ne sont pas dans une situation telle qu'ils puissent interrompre leur travail pendant des semaines et des mois pour la cure radicale d'une hernie. Et il prétend qu'il aurait encore gagné à ces malades du temps et du travail quand bien même $\frac{1}{5}$ de ces patients devrait être réopéré, et soumis de ce chef à un nouveau séjour à l'hôpital, d'une durée de huit ou quinze jours; quand bien même on devrait encore soumettre quelques-uns de ces malades à une troisième opération. L'important pour lui serait que l'on délivre de leurs souffrances les $\frac{4}{5}$ des patients, guéris radicalement, avec le minimum de temps perdu et de sacrifices de toutes sortes. Telle n'est point notre conception et il nous semble bien plus en rapport avec l'intérêt du malade, bien plus en conformité avec ses idées et ses espérances, de le prendre du jour où il entre à l'hôpital, et de faire tout pour lui donner le maximum de chances de guérison, coûte que coûte. Lui faire une opération hâtive, un traitement hâtif, le renvoyer chez lui alors qu'il n'est pas certain que tout est cicatrisé au-dessous de ses téguments, n'est-ce donc pas lui promettre plus que l'on ne tient. Le malade ne sait

pas, le jour où on lui propose la cure radicale, que l'opération à laquelle il se décide pourra peut-être devenir inutile ; il ne s'y décide, lui, que parce qu'il y voit un moyen de se débarrasser à tout jamais de sa hernie. Pour l'immense majorité des gens, qu'importent quelques jours de plus, du moment que le travail est interrompu ; tous, si on leur proposait ou du moins si on s'arrangeait pour qu'ils le comprennent, préféreraient sacrifier quelques jours pour n'être pas obligés de revenir jamais. Ce serait s'y exposer grandement que de laisser le patient, après une semaine, se lever, marcher et courir, s'occuper de travaux pénibles, faire des efforts avec cette paroi musculaire abdominale, de la solidité de laquelle tout dépend. Certes, avec les idées de Kocher sur ce point, on arrive facilement à pouvoir publier des chiffres comme ceux-ci :

1° Cas guéris par première intention : dans 89 pour 100 de ces cas, durée du séjour, dix jours.

2° Cas guéris après suppuration : moyenne de la durée du séjour évaluée à vingt-trois. Ceux évidemment qui sont restés dix jours, et qui sont restés guéris, ceux-là sont les heureux ; mais mettons en parallèle ceux qui sont revenus. La plupart, ici, sont restés quinze à vingt jours ; le chiffre est certes plus considérable ; mais les résultats aussi sont différents !

CHAPITRE II

Tels sont les résultats que nous avons à présenter au point de vue chirurgical et antiseptique. Il nous reste maintenant à examiner l'opération au point de vue de son manuel spécial et de son résultat thérapeutique.

Mais pour la cure radicale des hernies, les procédés sont si nombreux et si divers, ils forment un tel chaos disparate qu'il serait impossible d'être fixé à leur égard. Le même chirurgien n'a jamais employé qu'un nombre très restreint de procédés, quand il ne s'est pas borné à un seul, et forcément son expérience est limitée, et ne peut nous instruire pour la comparaison des méthodes.

A en juger exclusivement d'après les statistiques de son auteur, chaque procédé serait bon et surtout meilleur que ses devanciers. Mais il est vrai aussi que chaque auteur, par une sorte d'électisme obligé, quoique un peu inconscient, est contraint de s'inspirer, pour toute nouvelle invention, des inventions antérieures. Et dans le procédé dernier-né, il y a quelque chose, ne fut-ce qu'une

parcelle, de tous ceux qui l'ont précédé. Tout ce qui est bon a été pris aux premiers par les derniers venus, et il semble que chaque nouveauté est un pas fait en avant à la recherche de la perfection, qui recule toujours devant nous. Nous ne pouvons dire que les procédés les plus récents sont les plus parfaits, mais les chirurgiens peuvent aujourd'hui faire mieux qu'ils ne faisaient autrefois, pourvu qu'ils s'en donnent la peine. L'idéal, pour eux, serait évidemment de s'être fait une opinion assez nette pour pouvoir conclure, à propos de chaque cas, à l'emploi de tel ou tel procédé de préférence à tout autre, suivant ses indications particulières.

C'est bien là ce qui a été essayé dans notre hôpital ; plusieurs procédés ont été employés, suivant les cas auxquels on avait affaire, et chaque fois s'est précisée de plus en plus l'indication spéciale de chaque procédé. Tout doit dépendre de l'anatomie pathologique de la hernie, des tissus ambiants, de la constitution du sujet, de tous les facteurs en somme qui ont contribué à faire l'affection telle qu'elle est constituée.

Tous les procédés ne sont pas applicables à tous les cas, à toutes les hernies distinguées suivant leur siège, nous devons donc les classer. A l'hôpital de Bourg, les cinquante-trois hernies opérées se répartissent ainsi suivant leur siège :

Hernies inguinales.	46
— crurales	6
— épigastriques	1

Etant donné que, dans toute opération de hernie, deux choses successivement sont à faire :

1° Aller à la recherche du sac ;

2° L'oblitérer et assurer cette oblitération, le second temps seul varie avec le siège de la hernie ; le premier, au contraire, est identique. Il consiste, évidemment, dans l'incision des différentes enveloppes de la hernie, à savoir :

a) La peau et le tissu cellulaire sous-cutané ;

b) Les différents plans graisseux, étagés en plus ou moins grand nombre au-dessus de la hernie.

1° Incision de la peau au bistouri, d'un seul coup, assez grande d'emblée pour découvrir facilement le sac.

Sa direction est parallèle à celle de l'arcade crurale, dans la hernie inguinale ou crurale : elle n'a été faite parallèlement à la direction du cordon que dans un seul cas, le premier. L'incision transversale est la seule indiquée, car elle seule permet de découvrir franchement l'anneau et le trajet du canal et de s'éloigner des bourses, source d'infection. Nous verrons, en effet, que, surtout dans le procédé qui a été le plus communément employé ici, c'est le trajet du canal qu'il importe de découvrir et d'avoir tout entier sous les yeux et sous la main.

2° Incision du tissu cellulaire sous-cutané, avec précaution, couche par couche, de façon à ne pas entamer la continuité du sac herniaire par un coup de bistouri trop aventureux.

3° Libération de la masse herniaire proprement dite (sac, graisse et ses enveloppes), non plus au bistouri, mais à l'aide de la sonde cannelée.

4° Isolement du sac, au milieu de cette masse une fois qu'elle est elle-même bien délimitée ; l'importance de cet isolement est maintenant chose évidente et connue ; elle n'était contestée que du temps des châteurs qui, sans se préoccuper ni du testicule ni du cordon, coupaient tout au

hasard ; leur méthode, en leur temps, avait un avantage ; plus rapide, elle prédisposait moins à l'infection de la plaie. Aujourd'hui, il semble que l'on n'a plus le droit de parler de la rapidité comme garantie contre l'infection ; cependant n'y a-t-il pas encore bien longtemps que l'on a renouvelé cette proposition : sacrifier le testicule plutôt que de mettre en question la guérison radicale (Kraske, *Centralblatt für Chirurgie*, 1882-83).

Maintenant ce sacrifice doit être considéré comme beaucoup plus qu'inutile. Il faut aujourd'hui isoler le sac avec le plus grand soin, de façon à être certain de ne pas réséquer avec lui des éléments importants. L'innocuité de l'opération est là, et repose sur le plus ou moins de soin apporté à ce temps de l'opération. Tout dépend des cas ; il en est où cet isolement est extrêmement facile ; il en est d'autres, plus nombreux même, où cet isolement est difficile. Pour deux raisons : 1° On peut se trouver en face d'une masse sur laquelle la sonde cannelée a déjà déchiré un certain nombre d'enveloppes, toutes semblables entre elles. On ne sait à quel moment s'arrêter ; on ne voit pas ce qui distingue l'une quelconque de ces tuniques cellulaires du sac. Forcé de marcher à tâtons, on perfore successivement chacune d'elles pour explorer son contenu, graisse ou épiploon. On a pénétré dans le sac quand la sonde cannelée, filant librement au travers du canal inguinal, pénètre dans la cavité abdominale sans effraction ; 2° enfin, on aperçoit bien la limite du sac, soit vu directement, soit à contre jour ; mais le difficile est de défaire ses adhérences et de le séparer de tout ce qui l'entoure. Il est trop mince et trop fragile pour qu'on puisse le soumettre à des tractions suffisamment éner-

giques, il menace de se déchirer et de rester dans la main de l'opérateur, abandonnant de simples fragments sur lesquels on ne pourra plus avoir prise. Ou bien encore, ce sont ces adhérences mêmes qui sont trop solides, et qui font qu'au moment d'une traction, l'une ou l'autre des parties adhérentes, le sac ou le cordon, se déchire brusquement.

Dans tous ces cas, où l'isolement se montrait difficile pour une cause quelconque, plutôt que de renoncer d'emblée à arriver à cette fin, il a toujours suffi d'y regarder de plus près et d'y apporter plus de ménagements, sans considérer les quelques minutes perdues. Avec du temps et de la patience on a toujours fini par y arriver et on y arriverait toujours. Au lieu des tractions et des doigts, que l'on emploie ordinairement, on procède à petits coups de ciseaux ; on ne tranche que millimètre par millimètre, sur la ligne légèrement opaque qui dessine la limite du sac.

Quelle en a été la conséquence ? simplement des opérations un peu plus longues ; or, l'idéal chirurgical n'est plus d'aller vite, comme autrefois, lorsqu'il fallait ménager la douleur. Certes, encore aujourd'hui, la durée d'une intervention quelconque a des limites ; cependant, peut-elle être prolongée impunément jusqu'à une heure et demie environ et même plus. Si c'est l'anesthésie qui doit nous inquiéter, jusqu'à cette limite, ce n'est pas tant la durée de la chloroformisation, qui expose à des accidents, que la façon plus ou moins imprudente dont elle est pratiquée. Quant au danger d'une dépression trop grande, d'un shok opératoire, ce danger est réel, mais non pressant ; pour notre part, nous ne l'avons jamais vu se produire. Tous

les malades qui n'avaient eu à subir que leur opération simplement, sans avoir eu à faire les frais d'une cause de débilitation antérieure, se sont relevés absolument sains et n'ont jamais inspiré la moindre inquiétude. Ne peuvent être considérés comme des exceptions que les sujets épuisés ou affaiblis dont la force de résistance est compromise ; à ceux-là il faut économiser les minutes. Mais ce n'est pas à ces sujets-là qu'on a affaire dans les cures radicales de hernie ; ce sont, au contraire, des organismes choisis ; ils ont subi un triage. Étant donné donc que c'est un organisme sain que l'on opère, on peut sans crainte ne pas se presser, il aura tout à gagner à la lenteur et à la sûreté de main de son opérateur.

Aussi nous semble-t-il que c'est à tort que l'on publie quelquefois comme un titre de gloire, à côté des opérations, le temps mis à les pratiquer. S'attacher à mettre le moins longtemps possible, c'était s'imposer une difficulté inutile quoique plus brillante pour la parade. Une cure radicale, pratiquée dans le service de M. Richelot, aurait duré un quart d'heure, juste le temps matériel de la faire si le sac était tout trouvé, il est vrai qu'il y a eu récurrence ; il est vrai aussi que M. Richelot attribue cette récurrence au peu de soin qu'on a dû apporter à l'opération.

Et encore cette limite d'une heure et demie que nous posons un peu à l'arbitraire, parce que nous nous souvenons qu'elle a été la durée maximum, cette limite n'a été et ne doit être que rarement atteinte. Le plus souvent, dans les cas de difficulté moyenne, l'opération a été terminée en cinquante minutes environ, soit une heure en faisant entrer dans la moyenne les cas les plus difficiles et les plus longs.

Avec l'isolement du sac, nous considérons comme terminé le premier temps de l'opération. Il a consisté jusqu'à ce moment en une sorte de voyage à la découverte. Maintenant le plan est tout tracé, il faut refouler le contenu de ce sac et l'oblitérer lui-même de façon à empêcher une nouvelle invasion de son contenu.

Or, le contenu du sac est variable, et nous avons d'abord à voir ce qui doit en être fait suivant les cas.

Tout a été trouvé dans un sac herniaire, depuis l'intestin, simplement comme il en arrive d'ordinaire, jusqu'aux choses les plus bizarres, jusqu'à un rudiment de trompe et d'utérus dans la hernie inguinale d'un homme.

Ordinairement, normalement, au moment où l'on pratique la cure radicale, la hernie étant réduite, on ne trouva pas d'intestin dans le sac. Celui-ci est rentré dans la cavité abdominale générale; il a par conséquent disparu et l'opérateur n'a pas à s'inquiéter de lui; tous ses soins vont porter immédiatement sur le sac.

L'intestin ne se trouve au dehors que dans trois cas.

1° Hernie irréductible depuis longtemps.

2° Le malade, sous l'influence de l'anesthésie, fait des efforts, soit pour se débattre, soit pour vomir, et l'intestin comprimé dans la cavité abdominale par les muscles de la paroi, tend à s'échapper au dehors.

3° Herniotomie succédant à une kélotomie pour hernie étranglée. Nous n'avons pas envisagé ces cas, parce que la cure radicale ne peut être faite alors dans les mêmes conditions de lenteur, de précision, de sûreté.

Quant au deuxième cas, il suffit d'attendre que le malade, plus profondément anesthésié, ne fasse plus d'efforts et ne contracte plus sa paroi.

Pour le premier seul, on est obligé de dégager l'intestin, de le libérer de toutes ses adhérences et de le rentrer dans la cavité abdominale.

4° L'épiploon, lui, est l'hôte habituel des sacs herniaires, particulièrement de ceux pour lesquels on fait une cure radicale, parce qu'il amène très souvent des accidents, des douleurs qui obligent le malade à venir trouver un chirurgien. Ces accidents, ces douleurs, sont surtout fréquentes quand il s'agit, non pas d'un épiploon libre dans le sac, entrant et sortant à volonté, mais d'épiploon adhérent, transformé par son séjour prolongé.

Tout est bien encore quand (c'est ce qui est en somme arrivé le plus souvent) l'épiploon est adhérent, mais adhérent seulement à la partie inférieure du sac. On n'a alors qu'à isoler cet épiploon et le couper entre deux pinces ou deux ligatures. L'opération n'est pas énormément compliquée par sa présence.

Mais l'épiploon peut, dans certains cas, revêtir tous les aspects les plus étranges, et par suite les plus méconnaissables. Il expose, par le fait, à des erreurs de diagnostic ou à des tâtonnements sans fin. Nous avons vu une fois (obs. n° 46) une hernie inguinale, dans laquelle on ne trouva après l'incision, qu'une sorte de masse graisseuse, informe, volumineuse. Au centre de cette masse, on croyait sentir une cavité, dont les parois auraient glissé l'une sur l'autre. L'hypothèse la plus probable, à ce moment, était bien celle d'un lipome herniaire entourant le sac. On dissocie cette graisse progressivement, par petits paquets et on trouve enfin qu'il n'y a rien au milieu de cette graisse, ni sac ni cavité. Ce n'était donc pas un lipome herniaire, une masse de graisse développée après

coup. Cette masse elle-même, constituait la hernie tout entière.

Il fallait en conclure, soit que :

1° On ait affaire à une sorte de hernie graisseuse du même genre, mais d'un autre volume que celles de la ligne blanche ; soit que :

2° On soit en présence d'une masse d'épiploon densifié, épaissi, descendu seul dans un sac que l'on aurait incisé par erreur, croyant à une enveloppe banale de la graisse.

On finit par s'arrêter à la deuxième hypothèse parce que, en cherchant bien, on retrouva autour de la graisse une enveloppe que l'on reconnut être un sac.

D'autres fois, on se trouva en face d'une masse considérable, surtout après des tractions. Dans tous les cas, on réséqua toute la masse sortie et même attirée au dehors, après l'avoir soigneusement ligaturée, quelquefois par petits paquets, pour éviter de faire porter une ligature circulaire sur une masse trop grosse, sur laquelle elle risquerait de lâcher.

Qu'a-t-on rencontré encore, en dehors de l'intestin grêle. Il n'a pas été vu des trouvailles aussi bizarres, que certains chirurgiens ; cependant, avons-nous à signaler :

1° Un cas de cystocèle : hernie de la vessie. Il s'agit d'un malade de vingt-trois ans (obs. XLIV) dont nous avons noté l'observation complète. Quelques signes non pathognomoniques, comme les troubles de la miction, ne pouvaient suffire pour porter le diagnostic exact des hernies de la vessie, lors d'un simple examen. Affirmé seulement après incision, le malade a dû à la prudence de l'opérateur, de ne pas avoir eu sa vessie transpercée prématurément par un instrument tranchant, fourrageant à l'aventure au milieu

de plans non encore reconnus. L'accident a été en effet signalé bien des fois, et a été bien des fois encore cause de graves inconvénients, fistules, etc. Tout ce qui aurait pu être soupçonné dans ce cas, c'était l'existence d'une hernie directe au lieu de la hernie inguinale oblique externe la plus fréquente.

En effet, dans ce cas, la saillie formée par la tumeur, occupe un siège plus élevé, plus rapproché du pubis et n'accompagne pas le cordon, surtout étant donné son petit volume. Enfin, l'impulsion à la toux est plus facile à sentir en plaçant simplement deux doigts à plat au niveau de la région inguinale qu'en refoulant les téguments du scrotum pour remonter dans le canal inguinal en accompagnant le cordon.

2° Enfin, dans un descas opérés après le 1^{er} janvier 1894, et dont nous n'avons pas publié les observations parce que les résultats au point de vue de la cure radicale, recueillis après trop peu de temps, ne pouvaient avoir d'importance, nous avons vu le chirurgien se trouver en présence d'une sorte de cordon cylindrique gros comme une plume d'oie, entouré d'un repli graisseux. Au toucher, on reconnaît l'appendice. L'extrémité qui avait séjourné des années au dehors de l'abdomen dans une cavité trop petite, serrée dans un anneau trop étroit, était noire, malade : on la réséqua. On vit alors sur la surface de coupe une cavité extrêmement petite, et de laquelle sortait une goutte de matière fécale. On nettoya soigneusement cette surface, on la toucha avec la solution forte de sublimé à 2 pour 1000, on obtura cet orifice avec une double rangée de sutures, étagées sur l'épaisseur de la paroi appendiculaire, l'une muqueuse, l'autre séreuse; tole ut fut même embrassé pour plus de sûreté par un fil

circulaire, assurant la fermeture ; quant au repli graisseux, sorte de méso entourant l'appendice, il est rentré lui aussi dans l'abdomen et abandonné après ligature (en chaîne). La guérison s'est faite dans la suite sans accident.

La graisse, venue de la couche sous-péritonéale ou d'une couche plus superficielle, ne se trouve pas dans le sac ; mais en revanche, il en existe presque toujours plus ou moins, peu ou beaucoup, sur sa face externe. Le traitement pour elle est toujours le même ; la supprimer puisqu'elle ne peut que gêner à l'orifice du canal inguinal et amorcer une nouvelle hernie.

Il est fréquent aussi de rencontrer au point culminant du sac une sorte de cavité, à parois parfois épaisses, de couleur un peu foncée, que très souvent au début l'on prend pour un sac. Mais ni le doigt, ni la sonde cannelée ne peuvent trouver l'orifice qui doit conduire de cette cavité dans le ventre ; on a simplement affaire à une bourse séreuse, développée sous l'influence du frottement, soit du bandage, soit même des vêtements. Elle est alors bien évidemment réséquée avec le sac ou avec la partie du sac que l'on a l'intention de réséquer.

De même aussi pour toute tumeur d'une nature quelconque développée sur les parois du sac. Cette tumeur peut même (nous l'avons vu dans un cas) devenir la chose importante dans l'affection du malade : il s'agissait d'un fibrome de la région inguinale, gênante par son volume et son siège, qu'après incision on trouva inséré sur la paroi d'un vieux sac herniaire déshabité et fusionné avec elle. Il faut dans ces cas, en même temps qu'on supprime la tumeur, réséquer soigneusement le rudiment du sac, qui

pourrait donner prise à une récurrence, surtout peut-être après l'ablation de la tumeur qui faisait tampon au-devant de l'orifice.

Et l'on doit y joindre, par conséquent, puisqu'au point de vue purement mécanique c'est absolument la même chose, le testicule en ectopie, atrophie depuis la naissance, que le porteur ne soupçonne plus exister, ou dont il préférerait lui-même se débarrasser, à cause des douleurs qu'il occasionne.

L'opération dans ce cas peut être la fin d'un supplice incessant. Nous avons vu (obs. VIII) un homme venir à la visite avec un bandage sur un reste de testicule, qui d'ailleurs, n'avait conservé des propriétés de ses congénères, qu'une sensibilité bien inutile. Il subit la cure radicale et la castration ; notre homme a été véritablement transformé par cette intervention, qui, nous a-t-il dit, « en supprimant l'un, a rendu plus facile la fonction de l'autre ».

Mais notre homme avait trente ans. Il savait par expérience ce qu'il pouvait attendre de cet organe atrophie, et pouvait donc juger lui-même de l'opportunité d'une castration. Le problème, évidemment, se serait posé autrement chez un enfant, qui n'aurait pas cette expérience-là. Et pour s'éviter plus tard tout reproche de la part d'un sujet, qui pourrait s'imaginer avoir perdu un organe bon à quelque chose, par la faute du chirurgien, il faut être prudent avant de le sacrifier.

Nous arrivons au second temps de l'opération. Que doit-on faire, et qu'a-t-on fait pour amener l'oblitération du sac ? De la perfection de l'exécution de ce temps opératoire,

dépend le résultat durable et définitif, la certitude pour le patient de ne plus avoir à craindre une récurrence de son affection.

Un certain nombre de malades, surtout au moment des premières opérations, ont été traités par le procédé ancien et classique, isolement du sac, dissection et résection, suture simple de l'anneau. Ce procédé est particulièrement bon et commode dans le cas de hernie inguinale de la femme, où aucun élément délicat semblable au cordon ne peut empêcher la fermeture exacte et complète par les points de suture, assurant pour toujours la disparition même d'une amorce pour toute hernie future. Le procédé, quoique moins commode, donne encore de bons résultats chez l'homme, où des parois aponévrotiques fermes et résistantes offrent un appui solide, permettant de serrer les fils avec une grande énergie sur toute la partie de l'anneau que l'on peut suturer. Cette suture a donc été faite soigneusement et solidement à la partie externe de l'anneau, jusqu'à ne laisser pour le passage du cordon qu'un orifice étroit, juste assez large pour ne pas l'étrangler. Cette mesure est donnée pratiquement, chez l'adulte, par la largeur nécessaire pour l'introduction du petit doigt; elle est moindre encore, et varie suivant l'âge, chez l'enfant.

Il n'en est pas de même pour la hernie crurale. Le même procédé simple peut bien lui être appliqué, mais il est loin d'offrir les mêmes garanties. Au-dessus de l'anneau, nous trouvons bien, pour offrir un soutien à nos fils, l'arcade fémorale; mais au dessous, nous ne trouvons que le muscle pectiné, recouvert d'une aponévrose pectinéale. Celle-ci s'épaissit au niveau du pubis pour former le liga-

ment pubien de Cooper; là elle est solide; mais partout ailleurs, elle se laisse au contraire déchirer facilement, au moment de passer les fils au travers d'elle.

Et réussit-on encore à la maintenir intacte, que son peu de solidité impose au chirurgien une crainte, et l'empêche de serrer assez fortement pour assurer la fermeture du canal.

Il ne faudrait même pas, pour les hernies inguinales, se contenter de la suture de l'anneau inguinal externe; il vaudrait mieux encore faire, en outre des premières, des sutures très profondes à travers le canal inguinal. En refoulant le cordon, on peut introduire dans le canal inguinal le doigt armé de l'aiguille, qui va traverser et prendre largement les parois, pour les rapprocher et les presser l'une contre l'autre.

Toutes ces précautions une fois prises, le sac ayant été bien isolé, bien séparé, jusque dans le ventre, de tout ce qui l'entoure, ce procédé, dérivé de l'ancienne méthode de Czerny, ne diffère pas essentiellement de la méthode de J. Lucas Championnière, dont le succès est dû surtout au soin apporté à l'exécution. Quant au procédé pur, tel qu'il est décrit et pratiqué par son auteur, il n'a pu être jamais employé ici, parce que, comme le dit à plusieurs reprises Lucas-Championnière lui-même, la cure radicale telle qu'il l'entend est une chose difficile, possible seulement entre des mains expérimentées comme les siennes. Et s'il a tort, croyons-nous, de parler en cette occurrence de la cure radicale en général, il a peut-être bien raison s'il veut parler de son procédé à lui, qui lui donne de bons résultats, mais qui, sans doute, pratiqué par un autre ne fournirait pas le même succès. Comment

pourrait-il en être autrement pour un chirurgien, qui écrivait cette opinion après sa 384^e opération.

Un autre procédé simple employé plusieurs fois aussi, est le procédé de Barker, qui est censé parer à l'enfoncement ultérieur du péritoine au niveau de l'orifice interne du canal, sous l'influence de la pression excentrique des viscères abdominaux. Les fils qui lient le collet du sac ne sont pas coupés au ras du nœud ; on leur laisse deux chefs d'une certaine longueur, que l'on fait passer au travers de la paroi abdominale, dans la profondeur du canal. Ainsi se trouve fixée la ligature et, avec elle, le péritoine de toute la face postérieure de la région inguinale. Ce serait bien, s'il ne fallait pas mettre en doute l'efficacité de cette fixation ; une autopsie due à Kocher (*Correspondenzblatt für Schweizer Aertze*, 1892) nous apprend en effet qu'après un temps relativement court, chez un sujet opéré et mort peu après, dans le service, d'une maladie intercurrente, la séreuse s'était échappée du point où l'on avait lié le moignon.

Signalons aussi le procédé de Ball, non pas que nous l'ayons souvent vu employer, mais parce qu'il peut être considéré comme un acheminement naturel vers un procédé que nous décrirons plus loin avec plus de détails. Il a l'avantage, sur le procédé précédent, d'attirer d'une manière très simple le péritoine aux environs du collet et d'amener ainsi la tension constante de la séreuse à la face postérieure de l'anneau herniaire. Dans ce procédé donc, le sac énergiquement tordu est transpercé puis fixé à la paroi, et se trouve ainsi immobilisé dans sa forme comme dans ses rapports.

Mettons immédiatement à côté de lui parce qu'il nous

servira de même, le procédé bien connu aujourd'hui et bien classique de Macewen, qui fait un tampon solide du sac non réséqué, non pas réduit à un moignon comme dans les autres méthodes citées plus haut, mais pelotonné et comprimé sur lui-même au contraire par plusieurs anses de fil. L'avantage est évident : obstruction et immobilisation tout à la fois. L'inconvénient, moins connu, est le même que dans le procédé de Barker : la fixation du sac n'ayant lieu qu'en un seul point court le risque de ne pas être durable, et de laisser s'échapper la séreuse au bout d'un temps plus ou moins long.

Nous allons insister maintenant sur un autre procédé, qui a été mis en pratique le plus souvent, à peu près toutes les fois qu'il a été praticable, et qui, comme nous l'avons déjà dit, résume et synthétise plusieurs des procédés précédents, et notamment les deux derniers, de Ball et de Macewen.

Le professeur Kocher de Berne publie, dans la *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, une étude très complète sur ses cures radicales des hernies, précédée d'une étude plus résumée, mais non moins complète, sur les cures radicales faites par les autres.

Et la conclusion qu'il nous donne de son étude n'est autre chose que la description sommaire de ce procédé.

« Un procédé, dit-il, que nous avons d'abord imaginé, que nous avons employé ensuite dans une série de cas, lorsqu'il nous parut, d'après les résultats définitifs publiés par le Dr Leuw, que la méthode que nous avons employée jusqu'alors, ne répondait pas encore à toutes les exigences. »

Et quelques lignes plus bas, pour nous exposer son principe.

« Ce procédé, qui n'offre pas d'analogie dans la littérature à nous connue, consiste essentiellement, à tordre le péritoine aux alentours du canal inguinal, à le fixer contre la paroi abdominale antérieure, comme c'est le cas dans les méthodes de Barker, Ball et Macewen — avec cette différence, que la torsion du péritoine se fait dans une direction, qui continue la direction même du canal inguinal et du passage des hernies — et que la fixation du péritoine se fait d'une façon extrêmement énergique et durable. »

Nous le voyons, deux points, à son avis, font l'originalité de sa méthode — et font aussi sa force. Deux points importants, il faut l'avouer, et qui font presque tout au point de vue de la cure radicale, au point de vue de la sécurité contre toute hernie future.

C'est donc l'exécution de ces deux points qu'il nous importe surtout de mettre en lumière. Nous voulons seulement faire remarquer une chose, c'est que le procédé du professeur Kocher ne diffère pas de ses aïeux — à savoir ceux de Barker, Ball et Macewen — par un détail secondaire. Aussi bien l'importance de cette différence ressortira des résultats.

Le professeur Kocher donc, incise d'abord la peau et le *fascia superficialis*, au niveau du canal inguinal et parallèlement à la direction du ligament de Poupart. Ligature de l'artère épigastrique superficielle.

Section au niveau de l'anneau inguinal interne, du ligament de Cooper continuant sur le cordon l'aponévrose du muscle grand oblique, en même temps que les fibres

du crémaster et la tunique vaginale dans les cas de hernie.

Dissociation des éléments du cordon, en tenant celui-ci contre le jour, ce qui permet le plus souvent de reconnaître le bord plus sombre du sac herniaire, pas toujours bien facilement ; mais il suffit qu'on y arrive. Puis isolément soigneux du sac et séparation des éléments du cordon, jusqu'à ce qu'on puisse l'attirer facilement à soi.

On introduit ensuite l'index de la main gauche dans le canal inguinal, et à la hauteur de l'anneau inguinal interne on fait une petite ouverture à l'aponévrose du muscle grand oblique (fig. 1) :

Par cette ouverture, et au travers des faisceaux musculaires sous-jacents appartenant au petit oblique et au transverse, on introduit une pince à forci-pression. Celle-ci est glissée le long de l'index gauche et vient sortir par l'anneau inguinal externe (fig. 2).

A l'aide de cette pince, on saisit le fond du sac préalablement libéré, et on la ramène doucement par le même chemin, de façon à entraîner le sac saisi par son extrémité inférieure. Cette extrémité elle-même glisse sur la face antérieure du sac, dans le trajet du canal. Une fois arrivée à la hauteur de l'anneau inguinal interne, on la tire au dehors de la petite ouverture étroite creusée dans l'aponévrose.

Le sac se trouve alors, pendant complètement au dehors comme le représente la figure 3. Le canal est absolument vide, et la paroi du sac se continue directement avec le péritoine pariétal, au travers de l'anneau interne, sans faire de coude.

On l'attire alors aussi fort que possible, toujours par

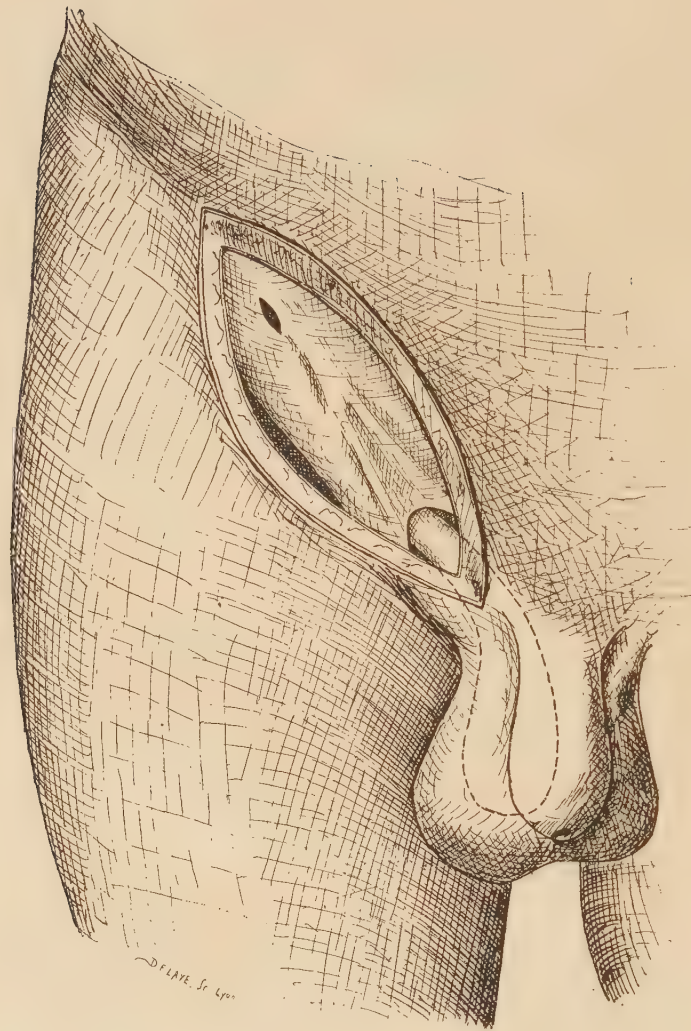


Fig. 1.

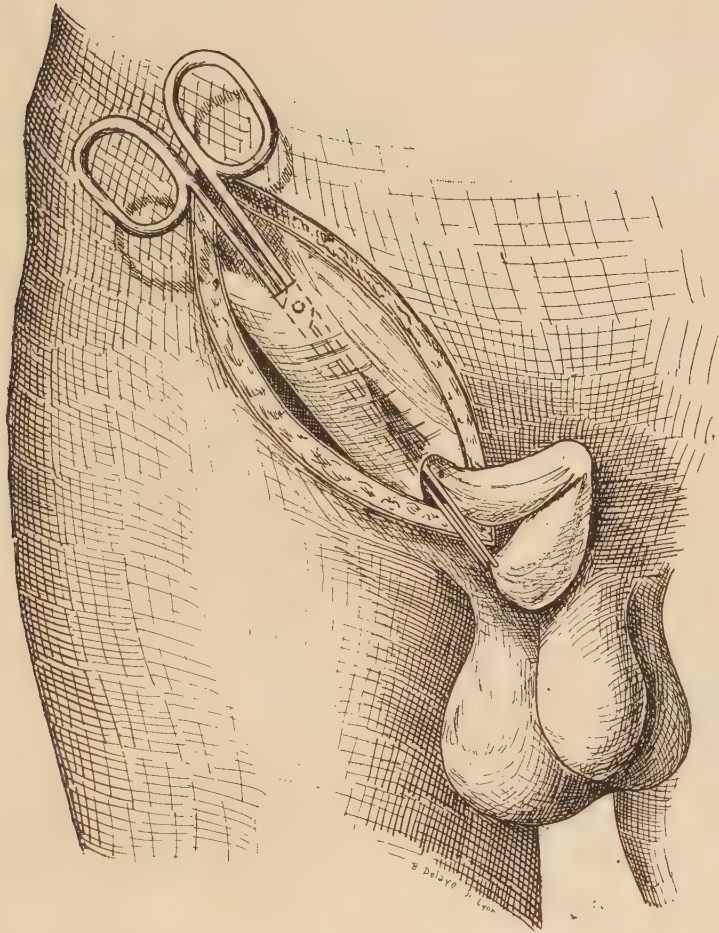


Fig. 2.

l'intermédiaire de la pince hémostatique, de façon à amener au dehors toute la portion de péritoine qui dessine un infundibulum ; le sac se trouve énergiquement tordu, non seulement dans la portion sur laquelle on accède, mais il y a tout lieu de croire que cette torsion agit, aussi sur l'extrême pédicule. Par cette traction, la séreuse doit glisser tout entière, si elle n'est pas trop adhérente aux plans adjacents. C'est le cas dans les hernies relativement jeunes et récentes, qui n'ont jamais été le siège d'aucun processus inflammatoire de quelque nature qu'il soit. Cette traction doit effectuer le rôle de la dissection profonde, que recommande Lucas-Championnière, en décollant le sac de tout ce qui l'entoure, avec cette différence encore, que, si les conditions sont bonnes, cette traction dans l'axe doit porter son action plus loin qu'un doigt introduit dans l'anneau inguinal externe et traversant toute la longueur du canal. C'est, en somme, le même but par un moyen plus simple, plus rapide, plus pratique et plus efficace.

Une fois arrivé à la limite du glissement de la séreuse, on tourne lentement, tout en maintenant la traction, sur les anneaux de la pince toujours en place. Le sac se trouve être énergiquement tordu ; les tours de spire peuvent être, si on procède lentement, suffisamment serrés et rapprochés. Et le sac étant supposé indépendant de tout ce qui l'entoure, la torsion comme la traction se fait sentir très loin sur le péritoine (fig. 3).

Le sac étant tordu, il n'est pas réséqué comme dans le procédé de Ball. Il est au contraire conservé, et couché sur la surface externe de l'aponévrose du muscle grand oblique, parallèlement à la direction du canal inguinal jusqu'à la hauteur de l'anneau inguinal externe.

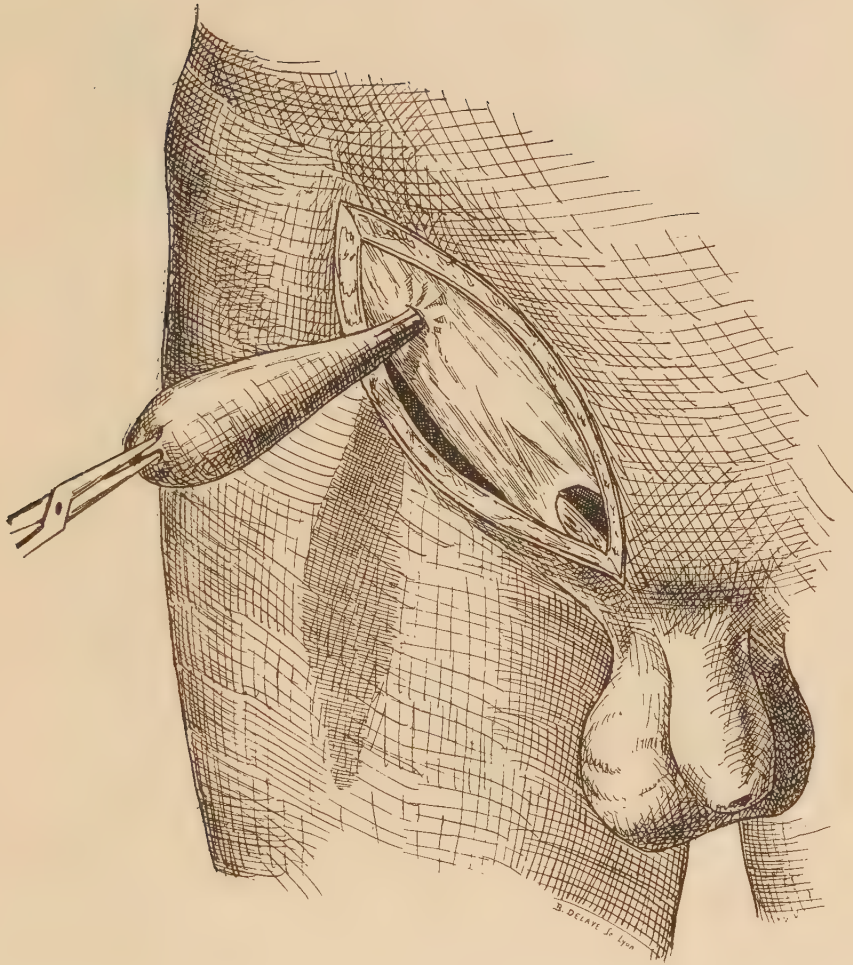


Fig. 3.

Pendant que l'on maintient ou que l'on fait maintenir par un aide le sac tordu, dans la situation ci-dessus indiquée, on place les points de suture profonds, en commençant par l'extrémité supérieure. Ces points, piqués de chaque côté du sac au travers des faisceaux tendineux de l'aponévrose du muscle grand oblique dans sa nouvelle position, et des faisceaux musculaires sous-jacents des muscles petit oblique et transverse, embrassent en même temps le sac lui-même et au-dessous de lui, le ligament de Poupart.

Ces points au nombre de 5, 6, 7 ou plus même suivant les besoins de chaque cas particulier, ferment aussi les piliers de l'anneau inguinal externe. L'extrémité inférieure du sac, qui, dans le cas de volumineuses hernies pend plus que l'anneau, est alors réséquée, mais alors seulement, après avoir servi pendant toute l'exécution du manuel opératoire, à maintenir le sac en bonne situation.

Signalons enfin le procédé de Bassini, celui-là classique, autour duquel on a fait beaucoup de bruit dans ces dernières années. Il aurait en effet le mérite de paraître plus logique et plus rationnel que tous les autres, plus en conformité avec les données anatomiques précises. Au lieu de créer des orifices artificiels et des points fixes étrangers aux adhérences normales, Bassini fend largement le canal inguinal. D'où triple avantage : facilité d'isolement du cordon, possibilité de le lier et de le réséquer aussi haut que l'on veut, réfection commode de la paroi postérieure du canal inguinal. Le cordon étant élevé à l'aide d'un crochet, le *fascia transversalis* est suturé à l'arcade fémorale jusqu'au bord du grand droit et avec ce bord lui-même ; c'est seulement sur cette ligne pro-

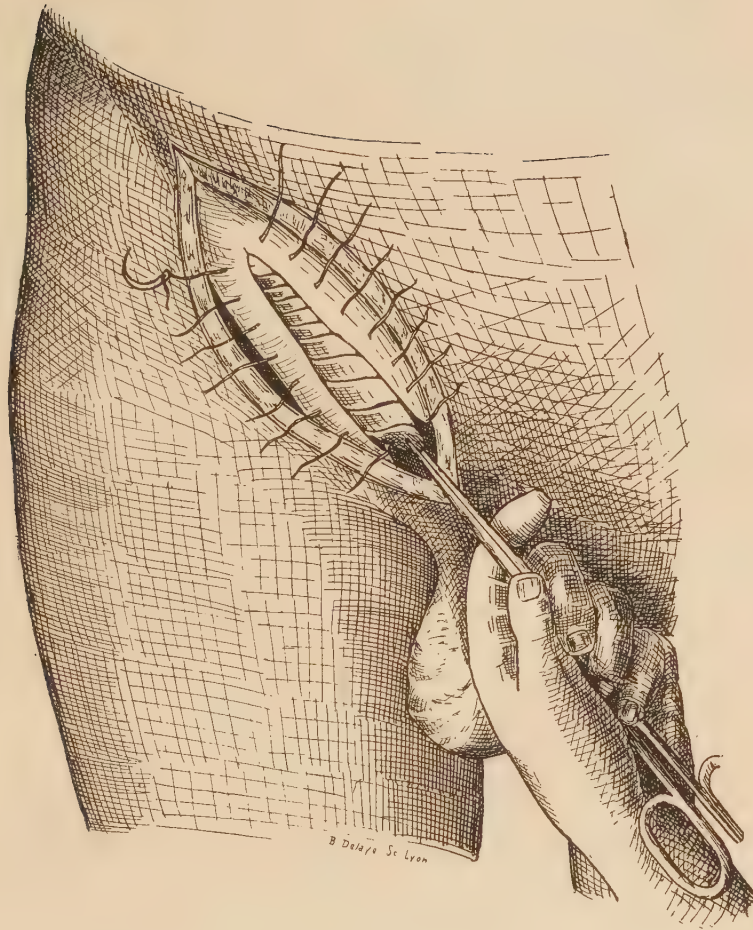


Fig. 4.

fonde de suture que le cordon est couché, et l'on suture au-dessus de lui les bords de l'incision de l'aponévrose du grand oblique.

L'avantage saute aux yeux; au lieu d'unir avant tout les piliers de l'anneau inguinal externe, comme dans l'ancien et simple procédé classique, on tient compte du point d'entrée de l'intestin et, à ce niveau, on crée une forte résistance, qui nous garantit en même temps que le péritoine de la face postérieure de la région inguinale restera une surface unie.

Ces deux procédés, de Kocher et de Bassini, ont été tour à tour employés dans ces derniers temps, et nous les avons vus donner des résultats également bons.

En les opposant l'un à l'autre, apparaissent les conditions de leurs indications spéciales. Il semble en effet, qu'ils ne doivent pas être employés l'un pour l'autre, mais bien dans quelques cas bien tranchés à distinction facile. Le procédé de Kocher s'appliquera très bien; il sera facile de faire une boutonnière étroite au travers d'une aponévrose solide, de serrer énergiquement les sutures pour que la torsion soit assurée d'être maintenue.

Dans les cas de hernie de longue date, où les parois du canal effondré se sont tassées, de façon à constituer un simple orifice à parois rigides, offrant à la masse intestinale comme un large trou béant, il est évident que cette réfection soignée de chaque plan, et notamment du plan postérieur séparément disséqué, offrira les plus grands avantages. Le procédé de Kocher serait d'ailleurs impraticable; comment coucher un sac sur un canal inguinal, transformé en un vaste orifice. Mais supposons au contraire la hernie récente d'un enfant d'ailleurs vigou-

reux ; pourquoi vouloir refaire artificiellement une paroi, dont la solidité n'est pas compromise ? il faut se servir au contraire de ces aponévroses solides, pour les masser au devant du point faible.

Il serait indiqué au contraire, de multiplier encore les barrières, ou de les doubler, comme dans le procédé de Girard (de Berne), que nous avons vu employer quelquefois (obs. XLIX, LIII) ; la paroi antérieure du canal ayant été incisée pour libérer plus facilement le sac du milieu des éléments du cordon, les bords de l'incision, au moment de faire la suture, ne sont pas seulement affrontés, mais bien adossés l'un à l'autre. Une dissection un peu étendue permet après glissement sur les plans plus antérieurs et plus postérieurs, de faire chevaucher les deux portions, supérieure et inférieure, de l'aponévrose du grand oblique. Elles sont alors suturées dans cette position, de sorte qu'au-devant de la région inguinale se trouve une membrane fibreuse constituée par deux épaisseurs de l'aponévrose.

Cette superposition, cette sorte de réfection en double de la paroi n'est pas le fait du seul procédé de Girard. Elle serait aussi pratiquée par un de nos maîtres de Lyon M. le professeur M. Pollosson, qui dégage le bord inférieur du trajet jusqu'à l'anneau profond et suture le pilier supéro-interne de l'anneau externe au pilier inféro-externe de l'anneau interne, puis double cette première cloison en lui fixant par quelques points de suture au catgut le pilier inféro-externe de l'anneau externe.

L'incision préalable de la paroi antérieure ne peut pas être considérée comme une complication de l'opération. Elle est nécessaire bien souvent, même dans le procédé

de Kocher, et n'en compromet pas le succès, bien au contraire. Elle facilite singulièrement la délimitation, puis l'isolement du sac; la suture est faite ensuite, en laissant à la partie supérieure de l'incision l'orifice déjà décrit; et le sac lui-même, couché au-devant de l'aponévrose, vient la renforcer en même temps qu'il est fixé par elle.

Cette addition au manuel opératoire a été faite toutes les fois qu'elle a été jugée utile, suivant que l'on trouvait un sac plus ou moins difficile à isoler (obs. XXVII, XXXIII, XXXV, XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XLIII, XLVII, XLIX, L, LI, LII, LIII). L'opération, loin d'en être compliquée, a été au contraire plus simple et plus facile.

Il nous semble aujourd'hui, après avoir vu ce qu'ils pouvaient donner, qu'avec ces deux procédés on peut faire la cure radicale de toutes les hernies, inguinales du moins. Il nous reste à dire ce qui a été fait pour les hernies crurales, pour lesquelles les procédés sont moins nombreux et moins divers.

Signalons d'abord une ingénieuse adaptation du procédé de Kocher à la hernie crurale. Kocher dit en effet, à la fin de son article (*loco citato*), qu'il a appliqué son procédé à la hernie crurale; après avoir complètement isolé le sac et l'avoir tordu aussi fortement que possible, il le fait passer au travers d'une petite ouverture pratiquée au-dessus de l'arcade fémorale et il le fait entrer dans une large suture, embrassant l'aponévrose pectinéale et l'arcade de Fallope.

Après une simple phrase ainsi énoncée, et qui termine l'article, le professeur Kocher ne parle point des résultats qu'il a obtenus dans cette application. Quant à nous,

nous ne pouvons non plus conclure, parce que nous ne l'avons pas vu employer, et nous devons nous borner à signaler le fait. On comprendrait en somme que cette méthode ingénieuse puisse avoir pour effet de transporter l'effort de la masse intestinale, s'exerçant primitivement au niveau de l'anneau crural, mal obturé par une suture faite en des tissus délicats, dont nous devons nous défier; cet effort porterait alors sur un point situé un peu plus haut, en un endroit de la paroi mieux défendu par des muscles et des ligaments épais.

Toujours est-il que, dans l'immense majorité des cas, en présence d'une hernie crurale, on se trouve réduit à faire, comme Lucas-Championnière, une dissection très profonde et très soignée du sac herniaire, puis à rapprocher par des sutures les bords fibreux de l'orifice. Ces bords, violemment rapprochés, écartés trop vivement de leur position primitive, auront toujours une tendance à la reprendre, sous l'influence de leur élasticité propre et des mouvements que leur impriment tous les actes de la vie. Cependant peut-on obtenir encore de bons résultats et se garantir contre toute récurrence; tout dépend alors du soin apporté à l'exécution de cette suture. Nous avons vu, dans tous les cas de hernie crurale, multiplier les fils, assurer à chacun d'eux une prise solide, serrer énergiquement les nœuds, de façon à suppléer à la résistance douteuse de la cicatrice par la résistance des fils eux-mêmes. Et nous verrons qu'avec ces soins minutieux la hernie crurale n'a pas donné de moins bons résultats que les autres.

Hernie inguinale et hernie crurale, telles sont les deux seules variétés de hernie au point de vue du siège qu'il

nous a été donné d'observer. D'ailleurs toutes les autres, sans être rares, sont justiciables de procédés plus spéciaux encore, en tout cas essentiellement différents, pour la plupart, de ceux que nous avons étudiés.

La valeur thérapeutique de la cure radicale, au point de vue de la guérison définitive, est en général jugée par les chiffres, comme nous l'avons dit.

Ces chiffres ont varié avec les auteurs, mais surtout avec les époques. Il y a quelques années, Segond (thèse d'agrégation, 1883), dans une statistique générale, trouve 39 pour 100 de récidive.

Socin, de Bâle (thèse d'Anderegget Congrès de Chirurgie de 1888), publie 160 cas de cures radicales, 133 malades revus, 50 récidives, soit 38 pour 100, et, en ne comprenant que les malades opérés au-dessus de 25 ans, 58 pour 100. Mais ces malades ont été opérés entre 1877 et 1884. Et c'est sous l'impression des derniers de la série, plus heureux sans doute, que Socin venait préconiser la cure radicale comme une excellente opération.

Combien les chiffres sont meilleurs aujourd'hui, quoique variables : de 15 pour 100 à 20 pour 100 pour les grands chirurgiens (Lucas-Championnière, 19; Richelot, 17)

Pour les malades opérés à l'hôpital de Bourg, nous avons à présenter, comme total :

Opérés	53
Revus	51
Récidives	2

Soit 3,92 pour 100 de récidive.

Nous pourrions mettre en regard de ces chiffres ceux donnés par tous les auteurs qui se sont occupés de la question. Ce serait chose facile que de montrer la diffé-

rence. Nous nous bornerons à les comparer à ceux qui ont obtenu, par des procédés exactement semblables; Bassini et Kocher, dont les méthodes ont été employées.

Bassini a vu, sur 251 cures radicales de hernies, 7 récidives (abstraction faite d'un cas de mort, non imputable à l'opération) et encore 98 de ses malades n'ont pas été observés après un délai dépassant 6 mois, 33 ont été revus entre 6 et 12 mois. Il est vrai que, dans un cas, Bassini, négligeant sa méthode habituelle, n'avait pas réséqué et fixé le sac; le malade, qui avait une double hernie, eut une double récurrence. Dans un deuxième cas, Bassini déclare qu'il ne s'agit pas d'une récurrence proprement dite, mais seulement d'une saillie anormale de la région opérée. Dans un troisième enfin, il s'agissait d'un sujet porteur d'une bonne charge de graisse au-devant de son abdomen, d'où la difficulté d'obtenir une guérison définitive.

Kocher est amené à distinguer 3 séries de cas (*Correspondenzblatt, loco citato*). Dans la première, de 1875 à 1886 inclus, 42 cures radicales, 7 récidives, soit 16,6 pour 100 : il explique le nombre des récidives dans cette série par ce fait que, dans 5 de ces cas, l'anneau herniaire n'avait pas été suturé.

Dans la deuxième, depuis 1886 jusqu'au milieu de l'année 1891, 119 cures radicales, 94 malades revus; sur ces 94 cas, sans différencier les méthodes employées, 20 récidives, soit 21,25 pour 100. La proportion est donc plus élevée que dans la première série : cas opérés avant 1886. Et Kocher explique ce résultat, tout d'abord invraisemblable, par ce fait qu'à ce moment il fut plus complaisant dans la pose des indications; il suivit plus souvent

les désirs des patients, dont quelques-uns précisément avaient été écartés, venant se présenter lors de la première période. De plus, sur ces 20 cas, 8 avaient été opérés dans son service, mais non de sa main, et opérés à la légère. Chez un autre, il fut empêché de fixer le sac par la rupture du fil qui devait servir à l'immobiliser dans le corps de la paroi abdominale. Bref, par élimination, il arrive à n'avoir plus que 81 cas, sur lesquels il note encore 7 récidives, soit 8,64 pour 100.

Enfin, dans une troisième période, du milieu de 1891 au milieu de 1892, cas opérés exclusivement par son procédé à lui, 76 cures radicales, 2 récidives, dans 2 cas de hernies primitivement très volumineuses, soit une proportion de 2,62 pour 100. Ses cas, il est vrai, ont été revus après un intervalle de temps moins considérable.

Analysons maintenant en détail les résultats obtenus pour les malades que nous avons vus à l'hôpital de Bourg.

Tous les opérés ont pu être retrouvés, sauf deux : l'instabilité de leur position sociale a déjoué nos recherches. L'un (obs. IX) fait partie de cette corporation nombreuse et mobile de marchands ambulants ; opéré à Bourg pendant l'une de ses tribulations vagabondes, d'un phymosis et d'une hernie, le personnage disparut ensuite, guéri et restauré sous tous les rapports.

L'autre (obs. IV) est une domestique, qui resta dans le pays pendant quelques mois, et a dû le quitter en quête d'aventures ou à la recherche de la fortune. Elle ne reviendra probablement, que le jour où elle aura besoin de nouveau de l'Assistance publique dont elle est une des fidèles clientes.

Tous deux probablement seraient revenus demander

des secours si le retour de leur affection leur en avait fourni un prétexte. Mais à leur sujet, nous ne pouvons faire que des hypothèses ; leurs observations ne peuvent entrer dans nos calculs.

Or, tous les malades retrouvés, tous sans exception, se sont montrés satisfaits des résultats de l'opération qu'ils avaient subie ; tous avaient vu leur genre de vie, quel qu'il soit, singulièrement amélioré par la guérison de leur infirmité : efforts plus faciles, pour le travail et pour le plaisir : suppression de la douleur ou de la gêne perpétuelle auxquelles ils étaient condamnés ; tout un bien-être relatif après des années de contrainte, de mouvements limités ou de souffrances.

Les résultats ont été presque tous constatés *de visu*. Seuls deux malades (obs. XI et XV) n'ont pu revenir à cause de la distance qui séparait Bourg de leur nouveau domicile. Mais ils ont écrit qu'ils étaient toujours contents et parfaitement guéris, remerciant le chirurgien avec un naïf enthousiasme. L'un d'eux (obs. XI) avait subi durant l'intervalle l'examen d'un Conseil de revision, qui l'avait accepté.

Les quarante-neuf autres cas sont revenus se présenter eux-mêmes, au premier appel, ou ont été visités chez eux, après un temps variable, puisque leurs opérations étaient échelonnées sur un intervalle de plus de trois années. Ils ont donc été revus :

1 après 4 ans	10 après 1 an
1 — 3 —	8 — 10 mois
3 — 2 — 1/2	5 — 8 —
4 — 2 —	4 — 6 —
8 — 1 — 1/2	6 — 5 —

Pour les derniers, peut-être les résultats sont-ils moins probants. Mais l'existence, signalée par quelques auteurs, de cas de récurrence précoce a fait que nous avons cru être autorisé à nous servir jusqu'à un certain point de ces résultats, en négligeant plus de vingt cas trop récents, opérés depuis le 1^{er} janvier 1894.

Dans un cas donc (obs. V), le malade, interrogé longuement d'abord, nous assure être bien guéri. Lors de l'examen local, à notre surprise et à la sienne, nous découvrîmes une récurrence indiscutable; les efforts de toux poussaient la masse intestinale sur notre doigt au travers du canal inguinal, et faisaient saillir la région, où apparaissait encore la cicatrice provenant de l'incision cutanée. Cette fois, la hernie est bien plus petite que lors de la première atteinte; ce n'est pas une gêne, encore moins une cause de douleur; c'est simplement une pointe de hernie, qui n'est dangereuse que parce qu'elle pourra devenir grande, pourvu qu'on lui prête vie. Aussi une deuxième opération a-t-elle été offerte au malade, et acceptée conditionnellement : nous voulons dire qu'elle sera faite à la première menace : le malade ne peut, pour le moment, se résoudre à croire à l'existence d'une hernie récidiviste, tant il se sentait revenu au bien-être de ses premières années.

Un autre nous arrive (obs. XXI et XXII) porteur lui aussi d'une récurrence. Opéré un même jour des deux côtés à la fois pour deux hernies inguinales, inégalement volumineuses, mais également gênantes, revu une première fois après six mois, le résultat était parfait, splendide. Nous le faisons revenir après dix-huit mois, et il nous raconte que, dans l'intervalle, il a voulu faire un jour un

effort considérable, un sac trop lourd à porter, et qu'il s'est de nouveau « rompu ». Et nous trouvons, en effet, le côté gauche intact, le côté droit en saillie : impulsion à la toux, saillie plus considérable pendant les efforts. La récurrence n'est pas douteuse. Et malgré tout, toujours le malade est content; il ne désire pas une deuxième opération, non qu'il la craigne, mais parce qu'il la juge presque inutile.

Ce sont là les deux récurrences que nous avons constatées. Nous avons vu, il est vrai, une malade (obs. V) nous raconter qu'un jour elle avait senti, après un effort, non pas une douleur brusque, mais une sensation spéciale de quelque chose qui se rompt, au niveau de sa hernie ancienne. Depuis, elle a tenu à porter un bandage, quoiqu'elle n'ait jamais plus rien vu ressortir. Nous l'avons alors examinée à plusieurs reprises, nous l'avons fait venir après avoir effectué des travaux ou des marches, et nous n'avons rien observé. D'ailleurs il n'existe plus aucun symptôme subjectif, et nous avons pu d'abord rassurer la patiente, et conclure qu'elle n'avait eu que la peur pour tout mal.

Nous pourrions donc dire, pour résumer ces résultats :

Opérés	53
Revus.	51
Résultats. . . cures radicales . .	49
— . . . cures utiles . .	2
— . . . échecs	0

La statistique est surtout valable par ce fait qu'elle nous prouve que dans tous les cas l'opération a été utile au malade. Combien de genres d'interventions, dans la chirurgie journalière, pour lesquelles on ne pourrait en

dire autant, alors que les dangers sont nuls en opérant et réels en laissant les choses en l'état.

Ce ne serait pas, croirions-nous, une cure véritablement radicale, une opération définitive, si même après guérison, le malade était obligé encore à une contrainte quelle qu'elle soit, dernier vestige de son ancienne infirmité.

Mais il ne lui reste rien, tous les inconvénients s'évanouissent. La cicatrice cutanée même, chose de minime importance, disparaît, perdue dans les poils du pubis ou enfouie dans les plis de la peau. Tout accident est fini et oublié. Et par-dessus tout, le malade peut avoir en sa cicatrice inguinale ou crurale, la même confiance qu'un autre en sa paroi normale. Il peut, bien opéré, se passer de tout bandage, et même s'affranchir de certaines ceintures de sûreté que quelques chirurgiens, désireux d'accumuler les garanties, conseillent à leurs malades. Rien de tout cela. Cette garantie additionnelle, que ces appareils semblent fournir, est inutile, quand il ne serait pas démontré qu'en tout cas elle est illusoire. Certains chirurgiens, la plupart peut-être, pensent aujourd'hui qu'un bandage est non seulement inutile, non seulement inefficace, mais encore dangereux. La pression continue d'une pelote plus ou moins dure sur une région qui vient d'être traumatisée, tous les petits mouvements communiqués par les vêtements ou les membres inférieurs eux-mêmes, et se transmettant par l'intermédiaire de cet appareil rigide aux plans sous-jacents, qui doivent contracter entre eux des adhérences intimes; n'est-ce pas une cause de moindre solidité? N'aurons-nous pas, comme le dit Lucas Championnière, une atrophie de la cicatrice en voie de formation.

Encore ce dernier chirurgien donne à ces malades, au moment du départ de l'hôpital, une ceinture essentiellement souple et légère, qui doit renforcer et non comprimer la paroi, lors des efforts que le malade va être appelé à faire. Il est plus simple et peut-être plus sûr et plus efficace, de recommander au patient de graduer ses efforts, et de ne reprendre sa vie journalière que peu à peu, en mesurant chaque jour ses fatigues.

Il a donc été dit à chaque opéré, au moment de sa sortie, d'abandonner cet instrument, puisqu'il ne devait pas leur être utile. Et sur les 51 malades revus, 45 n'en portaient pas. Quant aux deux autres, l'un (obs. II) revu trois ans après son opération, s'était prescrit lui-même ce qu'il croyait être un appareil utile en tous les cas, même dans le cas de celui qui n'a pas de hernie. Et encore, pour comble de maladresse, notre homme s'était choisi un bandage à pelote de bois dur, pensant que plus il était dur et douloureux, plus il devait être efficace. Force a été de réformer ces notions préjugées de thérapeutique herniaire qui lui avaient déjà valu, depuis trois mois, bon nombre des inconvénients attachés au port du bandage, eczéma cutané y compris. L'autre est la malade de notre observation V que la peur d'un mal menaçait de faire tomber dans un pire, si elle n'avait été détrompée.

D'ailleurs la cure radicale nous semblerait bien moins justifiée, s'il fallait imposer aux malades guéris le port éternel d'un bandage. Car l'opération reçoit sa plus puissante indication des ennuis ou même des souffrances que cause cet appareil aux patients. Et s'ils viennent trouver le chirurgien, ce n'est bien souvent que pour être délivrés de l'appareil, bien plus que de la hernie elle-même.

Et que signifierait ce nom de cure radicale, si, en supprimant la cause, on ne supprimait pas par le fait les inconvénients.

La cure radicale donne donc une cicatrice qui peut non seulement se passer de l'aide d'un appareil contentif auxiliaire, mais encore résister aux poussées des viscères. Il semblerait, surtout d'après ce qu'en disent certains auteurs, qu'après l'opération certaines professions doivent être interdites, sous peine de voir reparaître la hernie. Infirmes avant l'opération, les hernieux resteraient après elle un infirmes. Sous l'influence de l'effort, la masse intestinale comprimée tend à s'échapper de la cavité abdominale par la voie qu'elle prenait autrefois. D'où la prophylaxie des récidives : éviter tout effort violent, condamner le patient au repos relatif et aux professions sédentaires.

Mais il n'est pas toujours facile de changer de vie, de quitter une profession que l'on commence à connaître. Nous avons vu bien des opérés, auxquels la cure radicale n'a fait modifier ni les habitudes ni les travaux journaliers, et la cicatrice a toujours été assez forte pour résister à ces chocs. Un meunier (obs. VI), un boucher (obs. XI), un boulanger (obs. XII), un charron (obs. XV), une majorité enfin de cultivateurs et de domestiques ont continué leur métier, ou ne l'ont quitté plus tard que pour des motifs extra-médicaux.

Nous avons déjà dit plus haut que les deux malades atteints de récidives avaient eux aussi repris leur genre de vie, ce qui nous a permis de dire qu'à défaut de cure radicale il a été fait une cure utile. Quant à dire que pour

eux les efforts ne seraient pas préjudiciables à leur santé ultérieure, et que, sous l'influence d'une profession pénible, leur pointe de hernie ne s'accroîtra pas de jour en jour et ne finira pas par se transformer en une hernie scro-tale, ce serait évidemment trop présumer d'une opération incomplète.

La seule chose qui reste et que nous pouvons affirmer au sujet de ces deux malades, c'est qu'ils ont aujourd'hui une hernie moins grave et moins gênante ; c'est qu'ils ne sont que de simples exceptions, produits de l'imperfection fatale de toutes choses ; c'est encore que ces cas malheureux, victimes probablement d'une faute inconnue, ou qui a paru minime et qui était importante, ces cas, avec la perfection croissante de la technique et de la méthode, deviendront de moins en moins nombreux, de plus en plus exceptionnels !

Et ces deux cas encore, qui nous montrent le minimum de ce que l'opération peut donner, nous servent autant que les autres, et nous aident, de leur côté, à formuler des conclusions fermes et précises.

OBSERVATIONS

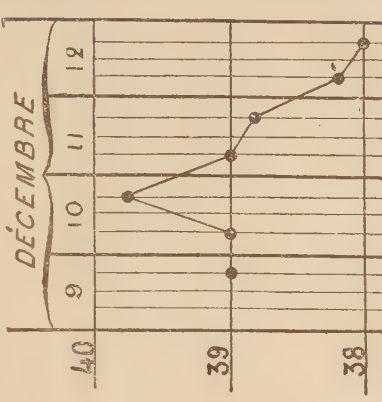
DIAGNOSTIC	OPÉRATION	RÉSULTATS
1. J..., Jules, trois ans, opéré le 8 mai 1889. <i>Hernie inguinale droite.</i> — Hernie très volumineuse, amenant très souvent des accidents : coliques, nausées, vomissements. L'enfant criait très souvent, accusant de vives douleurs abdominales. Dépérissement général : maigreur profonde. Premier séjour à l'hôpital, de deux jours, du 18 septembre au 20 septembre 1888. Ramené l'année suivante ; l'opération est alors tentée (avril 1889).	<i>Cure radicale.</i> — Incision parallèle à la direction du cordon.	<i>Immédiat.</i> — Suites simples. Sort le 18 mai. <i>Eloigné.</i> — Revu, 19 août 1893. Légère saillie de la région inguinale du côté droit, due au plus grand volume du testicule droit. Pas d'impulsion à la toux, ni pendant les efforts. Pas de récurrence. Résultat général excellent, disparition immédiate et complète de tous les accidents ; ni nausées, ni coliques. L'enfant engraisse immédiatement et devient fort. A sept ans, il est encore un peu petit pour son âge, mais paraît robuste.
2. M..., Antoine, commis ambulant des postes, vingt-neuf ans, opéré le 10 novembre 1890. <i>Hernie inguinale droite.</i> — Hernie remontant à la première enfance (coqueluche). Sortait très rarement autrefois. A la suite d'un effort il y a quelques mois, est devenue plus grosse et douloureuse. Bandage mal toléré, a produit une orchite. Le malade est forcé de faire rentrer très souvent sa hernie, qui ressort immédiatement. Il se tient toujours courbé en avant, et s'empresse toujours de s'asseoir quand il le peut. Volume d'un gros œuf de poule.	<i>Cure radicale.</i> — Sac isolé sans trop de difficultés. Ligature et section très haut. Un point de suture rapproche l'entrée du canal inguinal. Suture sans drainage.	<i>Immédiat.</i> — 14 novembre. Sutures enlevées réunion exacte ; le malade rentre dans sa famille. Le 12 décembre, résultat paraît excellent, les deux régions inguinales sont identiques. <i>Eloigné</i> — Revu 10 septembre 1893. A l'examen, cicatrice cutanée introuvable. Pas de saillie de la région inguinale. Pas d'impulsion à la toux. On sent l'orifice inguinal rétréci et libre. Cependant le malade porte un bandage depuis trois mois, parce qu'un jour, à la suite d'une quinte de toux, il aurait ressenti une très légère douleur au niveau du canal inguinal, sans avoir jamais rien vu ressortir.
3. M..., Agathe, domestique, quarante-cinq ans, opérée le 26 janvier 1891. <i>Hernie crurale droite.</i> — Hernie remontant à plusieurs années, volume d'une grosse noix, quelquefois devenant plus volumineuse, ne rentre jamais complètement. Est une cause permanente de gêne et de souffrance et empêche la malade de se livrer à des travaux pénibles. Bonne santé actuelle. Dans l'enfance une lésion osseuse de la jambe gauche, ankylose incomplète du genou. Luxation non réduite de l'index droit.	<i>Cure radicale.</i> — Séparation facile du sac. On trouve après l'avoir ouvert de l'épiploon adhérent. Ligature du sac le plus haut possible et résection. Réunion sans drainage.	<i>Immédiat.</i> — 18 février. Sort guérie. <i>Eloigné.</i> — Revue 20 août 1893. Cicatrice cutanée introuvable. Pas de récurrence. Résultat excellent au point de vue des efforts que la malade est obligée de faire (profession de domestique).

DIAGNOSTIC	OPÉRATION	RÉSULTATS
4. T..., Jeanne-Marie, domestique, vingt-quatre ans, opérée le 23 février 1891. <i>Hernie crurale droite.</i> — Bonne santé habituelle. Est entrée à l'hôpital pour des vomissements produits par la sortie d'une volumineuse hernie crurale dont elle est atteinte depuis trois ans. Le 21 février les accidents ont cessé, la hernie est rentrée. C'est la quatrième fois qu'elle éprouve les mêmes symptômes. Elle accepte l'opération qu'on lui propose.	<i>Cure radicale.</i> — Incision parallèle à l'arcade crurale. Libération facile du sac qui est réséqué très haut après ligature. Suture sans drainage.	<i>Immédiat.</i> — 27 février, Sutures enlevées, réunion très exacte. Sort 21 mars. Pas d'impulsion à la toux, ni pendant les efforts. <i>Eloigné.</i> — Non retrouvée.
5. B..., Benoîte, religieuse, cinquante-deux ans, opérée le 9 mars 1891. <i>Hernie crurale droite.</i> — Hernie datant de sept ans environ. D'après les renseignements assez peu précis qu'elle fournit, serait irréductible depuis trois à quatre ans. A augmenté de volume depuis quinze jours et détermine quelques vomissements, sans arrêt des matières intestinales. Volume d'une mandarine.	<i>Cure radicale.</i> — Sac très épais. L'ovais indurées. Communication très étroite avec l'abdomen. Ligature très haut. Résection du sac. Suture sans drainage.	<i>Immédiat.</i> — 13 mars. Sutures enlevées, réunion exacte. Sort 17 mars. <i>Eloigné.</i> — Revue 24 août 1893. On ne constate pas de récurrence, pas d'impulsion à la toux, ni pendant les efforts. Mais la malade dit avoir vu reparaître sa hernie un seul jour. Il y a deux ans, avoir porté un bandage depuis et ne l'avoir plus revue. Très satisfaite d'ailleurs de l'opération : peut effectuer des travaux pénibles, fait la cuisine toute la journée, reste debout sans en être gênée, Porte baudage.
6. F..., Charles, garçon meunier, vingt-huit ans, opérée le 30 mars 1891. <i>Hernie inguinale droite.</i> — <i>Hydarthrose du genou.</i> — Date d'un an, mais avait eu déjà une hernie dans l'enfance, qui aurait guéri (?) Volume d'un œuf de poule : descendant dans les bourses. (Entré à l'hôpital pour hydarthrose traumatique du genou).	<i>Cure radicale.</i> — Sac séparé assez facilement des éléments du cordon. Il est lié très haut. On enlève en même temps un peloton graisseux adhérent au sac et du volume d'une noix. Suture des piliers. Réunion sans drainage.	<i>Immédiat.</i> — Suites très simples. Sutures enlevées le 5 avril. Réunion exacte. Sort guéri le 19 avril. <i>Eloigné.</i> — Revu le 28 octobre 1893. Pas de récurrence. Résultat excellent. A pu continuer son métier, particulièrement pénible.

DIAGNOSTIC	OPÉRATION	RÉSULTATS
7. C..., Pierre-Joseph, employé de commerce, vingt et un ans, opéré le 19 juin 1891. <i>Hernie inguinale droite.</i> — Hernie volumineuse, pas maintenue par le bandage. Canal inguinal élargi, hernie certainement très ancienne.	<i>Cure radicale.</i> — Adhérence intime du sac. Séparation difficile poursuivie dans le canal inguinal jusqu'à l'orifice profond; ligature et résection. Suture de la paroi antérieure du canal divisée pendant l'opération. Suture des piliers. — Suture superficielle sans drainage.	<i>Immédiat.</i> — Suites simples. Sort le 7 juillet. <i>Eloigné.</i> — Revu le 16 juillet 1893. Nouvelle pointe de hernie; récidive, mais bien plus petite et dont le malade ne se doute pas, étant toujours très satisfait de l'opération. Pendant tout un hiver passé à Paris, il danse énormément, sans en éprouver la moindre gêne. Cure utile. Ne porte pas de bandage.
8. C..., Jean-Marie, journalier, quarante-quatre ans, opéré le 28 août 1891. <i>Hernie inguinale gauche.</i> — <i>Ectopie testiculaire.</i> — <i>Impaludisme.</i> — Testicule gauche atrophié, arrêté un peu au-dessous de l'orifice inguinal superficiel. Derrière le testicule, hernie sortie pour la première fois il y a trois jours. Réduction difficile par un médecin de la ville. (Entré pour accidents douloureux dus à la compression du bandage). Impaludisme. Foie débordé de trois travers de doigts les fausses côtes; rate: matité de 7 centimètres.	<i>Cure radicale.</i> — <i>Castration.</i> — Sac indépendant de la vaginale, à parois épaisses surtout au niveau du collet. Détachement du sac, ligature, résection. Testicule atrophié enlevé. Suture en étages, des piliers d'abord. Drainage.	<i>Immédiat.</i> — Sort le 11 septembre en apparence absolument guéri. Rentre le 18 septembre se plaignant d'une vive douleur au niveau de la cicatrice. En ce point gonflement du volume d'une petite noix, rougeur. Le 20, ouverture d'un petit abcès qui donne issue à une petite quantité de pus sans odeur. Sort le 1^{er} octobre. Suppuration terminée. Cicatrisation. A eu au mois de juin 1893, un abcès, tumeur et douleur au niveau de sa cicatrice, fièvre pendant deux jours, impossibilité de travailler. Evacuation du pus par le rectum. Guérison spontanée. <i>Eloigné.</i> — Revu 6 août 1893. Pas de récurrence. Résultat excellent.
9. F..., Abel, ferblantier, cinquante et un ans, opéré le 18 septembre 1891. <i>Hernie inguinale gauche.</i> — Hernie inguinale gauche faisant en dehors du trajet une saillie du volume d'un œuf de poule. Bandage mal supporté. Travail rendu difficile et pénible.	<i>Cure radicale.</i> — Séparation du sac assez facile, on fait très haut ligature et résection. Sutures.	<i>Immédiat.</i> — Le 20 septembre, sutures enlevées, réunion. Sort guéri le 17 octobre. <i>Eloigné.</i> — Non retrouvé.

DIAGNOSTIC	OPÉRATION	RÉSULTATS
10. F..., Auguste-Victor, cocher, vingt-quatre ans, opéré le 27 novembre 1891. <i>Hernie épigastrique</i>. — Petite tumeur douloureuse entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde. Troubles de la digestion.	<i>Cure radicale</i>. — Masse graisseuse autour d'un sac herniaire très adhérente à l'aponévrose. Les adhérences sont détachées, le sac isolé est réséqué. Suture à points séparés du plan aponévrotique.	<i>Immédiat</i>. — 23 décembre. Sutures enlevées, réunion. Sort le 14 janvier (pas d'impulsion à la toux ni pendant les efforts). <i>Eloigné</i>. — Revu 29 août 1893. Pas de récurrence. Résultat thérapeutique excellent : plus de douleurs, plus de troubles de la digestion.
11. M., Jean-Marie, garçon boucher, vingt ans, opéré le 21 décembre 1891. <i>Hernie inguinale gauche</i>. — Hernie sortant souvent dès qu'il marche et fait des efforts.	<i>Cure radicale</i>. — Séparation assez facile du sac qui est attiré au dehors et sectionné très haut après ligature. Suture des piliers par étages.	<i>Immédiat</i>. — 23 décembre. Sutures enlevées, réunion. Sort le 14 janvier (pas d'impulsion à la toux, ni pendant les efforts). <i>Eloigné</i>. — Ecrit octobre 1893. Résultat excellent. Pas de récurrence.
12. G., Jean-Marie, boulanger, vingt-cinq ans, opéré le 24 juin 1892. <i>Hernie inguinale droite</i>. — Début il y a six mois, pendant un effort (profession de boulanger). Hernie venant faire saillie quand le malade est debout, dépassant de 2 centimètres environ l'orifice du trajet inguinal.	<i>Cure radicale</i>. — Séparation et isolement facile du sac, qui est attiré au dehors et coupé très haut. Quatre points de suture rapprochent les piliers très exactement. Quelques points de suture profonds sur le <i>fascia superficialis</i>. Suture cutanée sans drainage.	<i>Immédiat</i>. — 26 juin. Sutures enlevées, réunion exacte. Sort le 23 juillet. Pas d'impulsion à la toux. Canal inguinal rétréci. <i>Eloigné</i>. — Revu 20 mai 1893. Pas de récurrence. Revu 24 mars 1894. Pas de récurrence.
13. S., Marie, boulangère, trente-trois ans, opérée le 1^{er} juillet 1892. <i>Hernie inguinale</i>. — Hernie du volume d'une noix. Début six mois. Impulsion à la toux.	<i>Cure radicale</i>. — Sac entouré de graisse, séparé et coupé après ligature très haut. Suture des piliers. L'orifice externe du trajet est fermé complètement. Sutures sans drainage.	<i>Immédiat</i>. — 3 juillet. Sutures enlevées, réunion exacte. Sort le 13 juillet. <i>Eloigné</i>. — Revue fin mars 1893. Pas de récurrence. A eu depuis une grossesse et un accouchement à terme. Revu 20 mars 1894. Pas de récurrence.
14. G..., Jean-François, cultivateur, quarante-trois ans, opéré le 8 juillet 1892. <i>Hernie inguinale gauche</i>. — <i>Hydrocèle vaginale</i>. — <i>Vartocèle</i>. — Hydrocèle volumineuse, ancienne; parois épaisses. Hernie inguinale.	<i>Cure radicale</i>. — Résection de la vaginale. Dans la hernie, issue de l'épiploon. Adhérence partielle au sac. Ligature et résection de l'épiploon, résection du sac très haut. Résection du faisceau veineux antérieur du cordon (veines grosses turgescences), un point de suture sur les piliers. Nombreuses sutures profondes perdues. Drainage de la vaginale et de la plaie herniaire.	<i>Immédiat</i>. — 10 juillet. Sutures enlevées, réunion. Sort le 3 août guéri de l'opération. <i>Eloigné</i>. — Rentre dans le service le 12 mars 1893 pour arthrite du genou et tuberculose pulmonaire. Meurt le 21 mai 1893. Pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital, pas de récurrence. Autopsie demandée, mais impossible. A la vue les deux régions inguinales sont semblables.

DIAGNOSTIC	OPÉRATION	RÉSULTATS
15. M..., Auguste, charbon-forgeron, vingt-sept ans. Opéré le 18 juillet 1892. <i>Hernie inguinale gauche. Varicocèle.</i> — Tumeur irréductible s'engageant dans le canal : douloureuse, gênante, du volume d'une grosse noix. Fonctions intestinales régulières. Gros varicocèle à gauche. Bourses très relâchées.	<i>Cure radicale.</i> — Sac perdu au milieu des éléments du cordon, très adhérent. Séparé. Ouvert. Sortie d'un liquide séro-sanguinolent. Pas de communication avec l'abdomen. Section et ligature très haut. Suture des piliers. Ligature des grosses veines au devant du canal déférent. Sutures.	<i>Immédiat.</i> — 21 juillet. Sutures enlevées, sauf celles des bourses. 25 juillet. Sutures de bourses enlevées. Sort guéri le 20 août, bourses parfaites. <i>Eloigné.</i> — 24 mars 1893. Pas de récidive. 26 mars 1894. Pas de récidive, bourses égales de deux côtés : résultat excellent.
16. G..., Hippolyte, domestique, dix-huit ans. Opéré le 30 juillet 1892. <i>Hernie inguinale gauche (congénitale).</i> — Depuis quelques semaines plusieurs accidents. Hernie sortant et rentrant difficilement. Vomissements. Douleurs fréquentes. Cordon augmenté de volume. Empâtement.	<i>Cure radicale.</i> — Sac très adhérent aux éléments du cordon séparé complètement. Réfection de la tunique vaginale. Épiploon adhérent à la partie interne du sac, libéré et lié par petits paquets. Sac coupé au-dessus de ce qui constituait le collet. Sutures des piliers. Suture en étagés. Suture cutanée sans drainage.	<i>Immédiat.</i> — Le 14 août, sutures enlevées, bonne réunion. Sort le 17 août, pas d'impulsion à la toux, pas de douleurs, parois solides. <i>Eloigné.</i> — Revu le 21 mai 1893. Résultat maintenu. Écrit 27 mars 1894, pas de récidive.
17. B..., François, âgé de dix ans. Opéré le 12 août 1892. <i>Hernie inguinale droite.</i> — Volumineuse hernie à droite. Volume du poing, descendant jusqu'au testicule. Non maintenue par le baudage.	<i>Cure radicale.</i> — Sac assez difficile à isoler à la partie inférieure. Vaginale ouverte par erreur et suturée. Procédé de Kocher. Plusieurs sutures en anse sur les piliers. Suture sans drainage.	<i>Immédiat.</i> — Le 14 août, sutures enlevées, bonne réunion. Sort le 27 août. <i>Eloigné.</i> — Revu le 15 juin 1893. Pas de récidive.
18. T..., Léopold, architecte, vingt-et-un ans. Opéré le 12 août 1892. <i>Hernie inguinale gauche.</i> — Hernie ancienne descendant jusqu'au testicule, volumineuse, ne sortant pas souvent. Il reste plusieurs jours à l'hôpital sans qu'on puisse la voir une seule fois. A cependant été constatée une fois.	<i>Cure radicale.</i> — Séparation assez facile du sac. Trajet large. Procédé de Kocher. Drainage, l'adhérence rompu continuant à donner un peu de sang.	<i>Immédiat.</i> — 13 août. Drain enlevé. 14 août. Sutures enlevées, réunion exacte. Sort le 28 août guéri. <i>Eloigné.</i> — Revu le 21 mai 1893. Pas de récidive.
19. C..., Émile, employé de commerce, dix-huit ans. Opéré le 28 octobre 1892. <i>Hernie inguinale gauche.</i> — Accidents anciens. Non congénitale. Le sac est occupé par une masse pâteuse donnant la sensation de fluctuation. Pas de transparence. Épiploon. Orifice inguinal très large.	<i>Cure radicale.</i> — Procédé de Kocher. Suture étagée sans drainage.	<i>Immédiat.</i> — 30 octobre. Sutures enlevées. Sort le 9 décembre, guérison retardée par une légère désunion de l'extrémité interne de la plaie. <i>Eloigné.</i> — Écrit 19 mars 1894. Résultat excellent. Pas de récidive.

DIAGNOSTIC	OPÉRATION	RÉSULTATS
20. G..., Jean-Marie, boulanger, vingt-cinq ans. Opéré le 5 décembre 1892. <i>Hernie inguinale gauche.</i> — A été opéré de l'autre côté, il y a cinq mois (n° 12). Petite hernie à gauche (inguinale), pour laquelle il réclame une opération.	<i>Cure radicale.</i> — Isolement facile du sac. Procédé de Kocher. Suture des piliers. Sutures étagées. Pas de drainage.	<i>Immédiat.</i> — 8 décembre. Sutures enlevées, réunion exacte. Sort le 24 décembre, pas de douleur, pas d'impulsion à la toux. <i>Éloigné.</i> — Revu le 20 mai 1893. Pas de récédive. Revu le 24 mars 1894. Pas de récédive.
21. M..., Jean-Marie, domestique, dix sept ans. Opéré le 7 décembre 1892. <i>Hernie inguinale gauche.</i>	<i>Cure radicale.</i> — Isolement facile du sac, incision de l'aponévrose du grand oblique, séparation du sac jusque dans le ventre, ligature et après résection le pédicule est suturé au-dessus de l'orifice inguinal profond. Résection de la paroi postérieure du trajet inguinal. Suture du grand oblique et des piliers. Suture étagée sans drainage.	40 39 38 DÉCEMBRE 9 10 11 12 
22. Le même. Opéré le 9 décembre 1892. <i>Hernie inguinale droite.</i> — Hernie, très volumineuse à gauche, un peu moins à droite, non maintenue par le bandage. Orifices très larges.	<i>Cure radicale.</i> — Même opération qu'à gauche.	<i>Éloigné.</i> — Revu le 5 avril 1893. Pas de récédive. Revu le 24 mars 1894. Pas de récédive. <i>Immédiat.</i> — Élévation de température due à de l'infection intestinale: plusieurs selles fécales malgré un purgatif donné la veille. Le 12, sutures enlevées. Bonne réunion. Sort guéri le 1^{er} février. Résultat complet. <i>Éloigné.</i> — Revu le 5 avril 1893. Pas de récédive. Revu le 24 mars 1894. Récidive à la suite d'un effort violent fait pour porter un sac.

DIAGNOSTIC	OPÉRATION	RÉSULTATS
23. G..., Jules, tonnelier, quarante deux ans. Opéré le 26 décembre 1892. <i>Hernie inguinale gauche.</i> — Hernie très ancienne. Sujet maigre, alcoolique (garçon marchand de vins; boit de l'eau-de-vie pour vingt-cinq sous par jour, à ce qu'il dit). Foie un peu petit. Urines 2 litres, pas d'albumine. Peu de troublement. Hernie volumineuse, descend au fond des bourses. Ne peut être contenue par un bandage. Le malade demande l'opération parce qu'il souffre et ne peut travailler: il ne peut faire d'efforts. Est entré à l'hôpital depuis fin octobre (Serv. de médecine). Boit 1 litre de lait depuis quinze jours. Naphtol 2 grammes.	<i>Cure radicale.</i> — Procédé de Bassini. Sac fixé. Paroi profonde et supérieure du canal reconstituée. Drainage.	<i>Immédiat.</i> — 29 décembre. Sutures enlevées, réunion exacte. Le 12 janvier, désunion d'une partie de la ligne de réunion. Cicatrisation très lente. Sort le 2 juillet. Revient le 3 août 1893, à la visite se faire panser pour une nouvelle ulcération de la ligne de réunion. <i>Éloigné.</i> — Revu juin 1894. Pas de récurrence.
24. G..., François, journalier, vingt-cinq ans. Opéré le 12 décembre 1892. <i>Hernie inguinale gauche.</i> — Hernie descendant au-dessous de l'orifice externe jusqu'au testicule. Se fait opérer parce qu'il veut entrer au P.-L.-M.	<i>Cure radicale.</i> — Séparation facile du sac assez épais. Procédé de Kocher. Deux sutures sur les piliers. Pas de drainage. Sutures tagées et suture superficielle.	<i>Immédiat.</i> — 15 décembre. Sutures enlevées, bonne réunion. 30 décembre. Sort. Pas de douleur, pas d'impulsion à la toux. <i>Éloigné.</i> — 22 mars 1893. Pas de récurrence. Pas de douleur. Peut se livrer à des travaux pénibles.
25. G..., Émile, treize ans. Opéré le 23 décembre 1892. <i>Hernie inguinale droite.</i> — Sujet maigre, mais bonne santé; rien dans les urines. Hernie ancienne, remontant probablement à la première enfance, descendant jusqu'au testicule. Orifice inguinal assez étroit.	<i>Cure radicale.</i> — Séparation du sac un peu plus difficile que de coutume. Arrivé près du testicule, le sac se sépare brusquement des éléments du cordon. On croit être arrivé au bout du sac, mais on s'aperçoit que la séreuse s'est déchirée. Procédé de Kocher. Pas de drainage.	<i>Immédiat.</i> — 26 décembre. Sutures enlevées, bonne réunion. 14 janvier. Sort guéri. 20 avril 1893. Résultat maintenu. Revient au mois d'août 1893, parce qu'un point de la cicatrice cutanée s'est de nouveau ulcéré, probablement sous l'influence des frottements des vêtements. <i>Éloigné.</i> — 30 septembre 1893. Pas de récurrence.

DIAGNOSTIC	OPÉRATION	RÉSULTATS
26. J..., Française, quinze ans Opérée le 30 décembre 1892. <i>Hernie inguinale droite.</i> — Hernie depuis l'enfance, douleurs fréquentes, tiraillements, coliques. Saillie très nette au-dessous de l'orifice inguinal, impulsion à la toux.	<i>Cure radicale.</i> — Séparation du ligament rond facile, sauf au niveau de l'orifice interne où le sac est ouvert. Dissection jusque dans le ventre. Résection, fixation du sac. Paroi antérieure et postérieure reconstituées. Orifice externe complètement fermé.	<i>Immédiat.</i> — 2 janvier. Sutures enlevées, réunion exacte. Sort le 12 janvier. <i>Eloigné.</i> — Revu fin mai 1893. Pas de récurrence.
27. A..., Charles, menuisier vingt-deux ans. Opéré le 20 février 1893. <i>Hernie inguinale droite.</i> — Hernie assez volumineuse. Saillie d'un gros œuf de poule dans le scrotum. Réduction incomplète. Il reste une masse molle, qui est de l'épiploon.	<i>Cure radicale.</i> — Sac fortement adhérent, difficile à séparer. Epiploon, prolongement assez volumineux, adhérent, résection après avoir attiré tout ce qui veut descendre. Procédé de Kocher. La paroi antérieure du canal inguinal est incisée pour libérer le sac, celui-ci est tordu, puis fixé sur l'aponévrose du grand oblique reconstituée. Orifice inguinal rétréci. Drainage.	<i>Immédiat.</i> — 22 février. Drain enlevé. 23 février. Sutures enlevées, réunion exacte. Sort le 5 avril. Est resté dans le service pour des troubles nerveux antérieurs à l'opération et sur la nature desquels on n'était pas fixé (diagnostic ultérieur : syringomyélie). <i>Eloigné.</i> — Revu juin 1894. Pas de récurrence.
28. D..., Claude, typographe, vingt-deux ans. Opéré le 20 mars 1893. <i>Hernie inguinale droite.</i> — Hernie récente d'après le malade qui pour l'instant raconte qu'il a déjà eu un sac du même côté durant l'enfance. Hernie ne descendant pas jusqu'au testicule, sortant au-dessous de l'orifice inguinal externe. Douleur et gêne fonctionnelle.	<i>Cure radicale.</i> — Adhérence solide aux éléments du cordon (sac ancien). Procédé de Kocher. Réunion sans drainage.	<i>Immédiat.</i> — 23 mars. Sutures enlevées, bonne réunion. Le dixième jour, un peu de sérosité sanguinolente retenue sous la cicatrice se fait jour au dehors. Cicatrisation complète le 18 avril. Sort le 25 avril. <i>Eloigné.</i> — Revu juin 1894. Pas de récurrence.
29. G..., Jeannette, sage-femme, quarante-quatre ans. Opérée le 24 avril 1893. <i>Hernie inguinale gauche.</i> — Volume d'un œuf.	<i>Cure radicale.</i> — Procédé de Kocher. Sac libéré très haut.	<i>Immédiat.</i> — 27 avril. Sutures enlevées. Réunion exacte. Sort le 10 mai, région encore un peu soulevée par du liquide. <i>Eloigné.</i> — Revu le 21 mars 1894. Pas de récurrence.

DIAGNOSTIC	OPÉRATION	RÉSULTATS
30. B..., Auguste, journalier, dix-huit ans, opéré le 24 avril 1893. <i>Hernie inguinale droite.</i> — Hernie faisant une saillie grosse comme un œuf de poule, descendant dans les bourses.	<i>Cure radicale.</i> — Procédé de Kocher. Pas de drainage.	<i>Immédiat.</i> — 27 avril. Sutures enlevées, réunion exacte. Sort le 16 mai. <i>Eloigné.</i> — Revenu au mois de décembre 1893, pour une douleur au niveau de la région inguinale. Un médecin lui conseille un bandage. Examiné, on constate une douleur du testicule droit. Pas de récurrence.
31. C..., Jules, garçon d'hôtel, journalier, vingt et un ans, opéré le 9 juin 1893. <i>Hernie inguinale droite.</i> — Hernie sortant du trajet inguinal, début sept à huit ans. Détermine de la gêne et de la douleur quand le malade fait des efforts.	<i>Cure radicale.</i> — Sac mince. Aponévrose du grand oblique dissociée au niveau du canal inguinal, faisceau d'aponévroses ramassées en suture au devant du trajet. Procédé de Kocher. Drainage.	<i>Immédiat.</i> — 12 juin. Sutures enlevées, bonne réunion. Sort le 29 juin. <i>Eloigné.</i> — 12 septembre 1893. Pas de récurrence. Le malade avait été vu le 5 août, en pleine période secondaire d'une syphilis contractée avant son opération. N'a nullement généré la cicatrisation. Roséole maculeuse, plaques muqueuses buccales, céphalée intense. Revu 2 juillet 1894. Pas de récurrence.
32. P..., Marie-Josette, journalière, quarante-sept ans, opérée le 26 mai 1893. <i>Hernie inguinale droite.</i> — Grosse hernie inguinale faisant une saillie du volume d'une orange. Douleur. L'arros abdominal très douloureux.	<i>Cure radicale.</i> — Facile, rapide. Gros sac à parois épaisses, non adhérent au ligament rond. Résection du sac. Suture des piliers. Drainage.	<i>Immédiat.</i> — 30 mai. Sutures enlevées, réunion exacte. Sort le 18 juin. Abaissement du foie. Ectopie du rein droit. <i>Eloigné.</i> — Revu 28 mars 1894. Pas de récurrence (rein et foie toujours abaissés.)
33. P..., Félix, cultivateur, dix-sept ans, opéré le 26 mai 1893. <i>Hernie inguinale droite.</i> — Varicocèle. — Hernie sur tout intestinale, faisant une petite saillie en dehors du canal. Gros paquet veineux à gauche. Bourses très flasques à gauche, très remontées à droite. Non gênante. Non douloureuse. S'en est aperçu il y a deux mois.	<i>Cure radicale.</i> — Sac très mince trouvé après avoir fendu le canal inguinal, assez difficile à séparer des parties voisines, ouverte pendant séparation. Procédé de Kocher et suture des piliers. Vaginale ouverte par erreur, reconstituée au catgut. Drainage. Sutures.	<i>Immédiat.</i> — 29 mai. Sutures enlevées, réunion exacte. 17 juin, sort guéri. <i>Eloigné.</i> — Revu 9 septembre 1893. Pas de récurrence. Revu le 28 décembre 1893. Un peu de gêne du côté de la région inguinale droite. Pas de récurrence. Résultat parfait, cicatrice assez visible, un peu élargie à l'extrémité interne. Testicule droit petit, scrotum bien plus élevé et plus rétracté à droite qu'à gauche. Revu 21 mars 1894. Pas de récurrence.

DIAGNOSTIC	OPÉRATION	RÉSULTATS
34. C..., Jean-Louis, sabotier, vingt-quatre ans, opéré le 4 juin 1893. <i>Hernie inguinale gauche.</i> — Hernie assez volumineuse descendant jusqu'au fond des bourses (neuf ans), déterminant de véritables souffrances quand le malade fait des efforts et travaille. Souvent obligé de s'arrêter. A porté un bandage jusqu'à présent.	<i>Cure radicale.</i> — Sac adhérent aux éléments du cordon, assez difficile à libérer. Paroi antérieure du canal fendue. Parois rapprochées par sutures pour rétrécir le canal. Procédé de Kocher. Drainage.	<i>Immédiat.</i> — 12 juin. Sutures enlevées, bonne réunion. 2 juillet, sort guéri. <i>Eloigné.</i> — Revu 24 mars 1894. Pas de récidive.
35. L..., Claudine, cultivatrice, quarante-deux ans, opérée le 5 juin 1893. <i>Hernie crurale gauche.</i> — Hernie ancienne; un étranglement réduit par taxis. Douloreuse, assez grosse, saillie permanente.	<i>Cure radicale.</i> — Sac très adhérent. Suture de l'anneau et du canal crural. Epiploon adhérent au sac. Libération laborieuse. Résection de l'épiploon. La dissection du sac est poursuivie jusque dans le ventre. Résection du sac, fixation du moignon dans la partie abdominale. Procédé de Bassini. L'apophyse fémorale est suturée de haut en bas. Anneau crural hermétiquement fermé. Drainage.	<i>Immédiat.</i> — 8 juin. Sutures enlevées, réunion exacte. 21 juin, sort guéri. <i>Eloigné.</i> — Revu 21 mars 1894. Pas de récidive.
36. G..., Joseph-Jules, cultivateur, vingt-deux ans, opéré le 2 juin 1893. <i>Hernie inguinale droite.</i> — Petite tumeur incluse dans le canal inguinal, déterminant des douleurs, d'après le malade qui demande à être opéré.	<i>Cure radicale.</i> — Canal inguinal fendu pour libérer le sac, dissection laborieuse. Résection du sac. Le moignon est fixé derrière la paroi abdominale. Procédé de Bassini. Réfection du canal. Sutures sans drainage.	<i>Immédiat.</i> — 15 juin. Sutures enlevées, réunion exacte. Sort 20 juin. <i>Eloigné.</i> — Revu juin 1894. Pas de récidive.
37. M..., Joseph, domestique, quarante-cinq ans, opéré le 5 juin 1893. <i>Hernie inguinale gauche.</i> — A été opéré il y a six jours pour une hernie crurale droite étranglée. On lui propose la cure radicale d'une hernie inguinale gauche, grosse, descendant dans les bourses, mal maintenue par un bandage.	<i>Cure radicale.</i> — Sac gros, épais, en voyant un prolongement vers le testicule. Epiploon adhérent. Ré-équé largement. Canal inguinal fendu. Sac poursuivi jusque dans le ventre. Résection et fixation derrière la paroi. Procédé de Bassini. Réfection du canal. Drainage.	<i>Immédiat.</i> — 8 juin. Sutures enlevées, réunion exacte. Le 18 juin, suture de la partie externe de la ligne de réunion. Ouverture, application de tenture d'iodo. Sort 13 août. <i>Eloigné.</i> — Revu 9 septembre 1893. Pas de récidive, ni d'un côté ni de l'autre. Résultat excellent. Peut travailler facilement. Cicatrice gauche plus longue, plus large, plus colorée, plus apparente que la droite. Revu 27 mars 1894. Pas de récidive.

DIAGNOSTIC	OPÉRATION	RÉSULTATS
38. J..., Jean-Pierre, vingt-quatre ans, opéré le 23 juin 1893. <i>Hernie inguinale gauche.</i> — Se serait aperçu depuis peu de sa hernie. Assez volumineuse, descendant dans les bourses, gêne et douleur.	<i>Cure radicale.</i> — Sac très mince, très difficile à séparer du cordon, se continuant jusqu'au testicule (hernie congénitale). Paroi antérieure du trajet incisée pour pouvoir séparer plus facilement le sac qui se déchire. Procédé de Kocher. Drainage. Écoulement sanguin assez considérable après l'opération.	<i>Immédiat.</i> — 24 juin, drain enlevé. 26 juin, sutures enlevées, réunion exacte. 20 juillet Sort guéri. <i>Eloigné.</i> — Revu mars 1894. Pas de récédive.
39. T..., Célestin, sept ans, opéré le 27 juillet 1893. <i>Hernie inguinale droite.</i> — Persistance du canal vagino-péritonéal, liquide et épiplon.	<i>Cure radicale.</i> — Séparation un peu laborieuse du sac. Canal inguinal fendu. Résection de la vaginale. Procédé de Kocher. Sutures étagées sans drainage.	<i>Immédiat.</i> — 24 juillet. Sutures enlevées, un peu d'empatement de la région. 27 juillet. Une partie de la suture s'ouvre et lai-se sortir de la sérosité. Guérison très lente, on est obligé d'exciter la cicatrisation par des applications de teinture d'iode. 9 septembre. Dernier pansement enlevé. Guérison complète. Sort 16 septembre. <i>Eloigné.</i> — Revu 28 mars 1894. Pas de récédive.
40. B..., Pauline, cultivatrice, cinquante-deux ans, opérée le 24 juillet 1893. <i>Hernie crurale droite.</i> — Début vingt ans, irréductible depuis longtemps. Crises fréquentes de douleurs et de vomissements, avec arrêt des matières et des gaz. Volumineuse, résistante.	<i>Cure radicale.</i> — Sac rempli de liquide jaunâtre, sans odeur. Sac très épais. Orifice rétréci au niveau du collet, laissant passer facilement la soule. Collet très adhérent. Adhérences détruites, sac attiré au dehors, résection très haut. Sutures fixant l'aponévrose fémorale à l'arcade de Fallope. Pas de drainage.	<i>Immédiat.</i> — 24 juillet. Sutures enlevées, réunion exacte. Sort 13 août. <i>Eloigné.</i> — Revu 24 mars 1894. Pas de récédive.
41. B..., Marius, cultivateur, vingt-sept ans, opéré le 28 juillet 1893. <i>Hernie intestinale gauche.</i> — Varicocèle. — Tumeur palpable donnant la sensation d'une tumeur variqueuse. En regardant de plus près on constate l'existence d'une hernie contenant de l'épiplon et d'un gros varicocèle.	<i>Cure radicale.</i> — Sac mince, très adhérent (hernie congénitale). Résection d'une grande partie de l'épiplon. Résection de la vaginale. Procédé de Kocher. Suture sans drainage. Résection de la peau des bourses.	<i>Immédiat.</i> — 31 juillet. Sutures enlevées, réunion exacte. Sort 16 août. <i>Eloigné.</i> — Revient se faire voir le 3 septembre 1893. A ce moment guérison parfaite de sa hernie. Ne souffre plus de son varicocèle. Revu mars 1894. Pas de récédive.

DIAGNOSTIC	OPÉRATION	RÉSULTATS
42. P..., Clémence, quarante-quatre ans, tail- leuse, opérée le 4 septembre 1893. <i>Hernie crurale droite</i>. — Hernie irréductible depuis plusieurs années, devenant parfois plus grosse sous l'influence des efforts. Douleurs pen- dant les mouvements. Volume d'une noix.	<i>Cure radicale</i>. — On tombe immédiatement sur une masse graisseuse qui paraît avoir trouvé le <i>fascia crebri- formis</i>. On dissocie la graisse et au milieu on tombe sur du tissu conjonctif assez dense, isolable et ressemblant à un sac, contenant de la graisse qu'on prend pour l'épiploon densifié. L'orifice crural est élargi et cette masse grais- seuse est attirée au dehors et sectionnée. Dans la partie sectionnée on trouve un cul-de-sac qui n'est autre que le vrai sac herniaire. Ce qu'on a pris pour le sac ce sont les débris d'une bourse séreuse. Quatre points profonds rapprochent l'éperon pectinéal du ligament de Fallope. Suture sans drainage.	<i>Immédiat</i>. — Sutures enlevées le 6 sep- tembre, réunion exacte. Au moment de sa sortie, le 20 septembre, on constate une réunion linéaire et parfaite. <i>Eloigné</i>. — Revue 21 mars 1894. Pas de récidive.
43. B..., Marius, trois ans, opéré le 9 septembre 1893. <i>Hernie inguinale droite</i>. — La hernie est sortie trois fois depuis quelques mois et a déterminé chaque fois des accidents de coliques et de vomis- sements. La deuxième fois la mère a fait rentrer la hernie. La troisième fois le Dr Gaillard a été appelé. Volume d'un gros œuf de poule.	<i>Cure radicale</i>. — Sac indépendant du testicule Assez difficile à séparer du cordon. Paroi antérieure du canal inguinal incisée. Le sac isolé est sectionné. On le suture derrière la paroi abdominale. Le fil de soie casse au mo- ment où on le lie. Il est impossible de retrouver et de saisir le moignon remonté très haut. Suture sans drainage.	<i>Immédiat</i>. — Sutures enlevées le 12 sep- tembre, bonne réunion. Pour éviter la soul- lure du pansement par l'urine on fait, dès le premier jour, un simple pansement avec des bandelettes collodionnées recouvertes d'un en- duit imperméable de bisnuth délayé dans l'eau, deux fois par jour. Sort le 19 septembre. <i>Eloigné</i>. — Revu 30 mars 1894. Pas de récidive.
44. B..., François, cordonnier, vingt-trois ans. Opéré le 15 septembre 1893. <i>Hernie inguinale droite. Cystocèle</i>. — Au mois de mars, à la suite d'une chute, on constate une hernie dans l'aîne droite, douleur, gêne, tumeur, quand le malade est debout, du volume d'une grosse noix, ne descendant pas dans les bourses, réductible par la pression et par la posi-	<i>Cure radicale</i>. — Pas de sac dans le cordon, ni sor- tant par l'orifice inguinal profond, recherches infruc- tueuses pendant un instant. Enfin, en dedans de l'orifice profond en un point correspondant à la fossette inguinale moyenne, on trouve une saillie formée par une tumeur recouverte par le péritoine. On pense alors avoir affaire à une hernie inguinale directe. On incise ce qu'on croit être le sac et on trouve un organe gris blanchâtre, relié	<i>Immédiat</i>. — Le 18 septembre, sutures enlevées, réunion très exacte. Dernier pause- ment enlevé le 27 septembre. Très bonne réu- nion. Le malade reste couché pour assurer la solidité de la cicatrice portant sur les plans profonds. Il ne commence à se lever que le 4 octobre. Sort le 22 octobre, guéri et content, cicatrisation parfaite, absence totale de dou-

DIAGNOSTIC	OPERATION	RÉSULTATS
tion couchée. Pendant les efforts, augmentation au péritoine par de fins tractus cellulux facilement assez peu sensible si le malade est couché, max- imum au contraire pendant la station debout. Tou- jours plus grosse le soir, visant une saillie nulle au lever, sensible une heure après environ. Accroissement lent, mais continu. Aucune gêne dans la miction que celle-ci s'effectue pendant la station debout ou le décubitus dorsal. Impossibilité complète de supporter un bandage qui, au bout de quelques instants, provoque chez le malade une douleur sourde; à l'examen, on sent la tumeur dans le canal inguinal. Impulsion très facile et même douteuse à la toux, quand on intro- duit le doigt dans le canal inguinal. Impulsion très nette quand on applique à plat la face palmaire des doigts sur la région inguinale. Tumeur d'ail- leurs entièrement réductible, n'offrant pas de consistance spéciale, molasse et non fluctuante. Anneau inguinal large dans lequel on pénètre facilement. Ne s'affaisse pas après la miction. Du côté gauche, on trouve un anneau un peu élargi quoique moins que du côté droit. Un peu d'impulsion à la toux, mais le simple fait d'intro- duire le doigt dans l'anneau provoque une douleur vive. Aucune tumeur ni à la vue, ni à la palpa- tion.	On essaye de séparer le sac ou plutôt le péritoine. Dis- section facile à l'aide du doigt à la partie supérieure, impossible au niveau de l'épine du pubis, le péritoine adhérant au pilier inguinal interne par une sorte de masse graisseuse particulière. On résèque alors ce que l'on peut, abandonnant une partie de cette masse graisseuse adhérente au pubis. La vessie est refoulée dans l'excavation. Réfection de la paroi postérieure du canal inguinal à l'aide de points de sutures extrêmement multipliés. Suture cutanée à la soie. Pas de drainage.	leurs et d'impulsion à la toux. Les deux régions inguinales sont identiques. A gauche, impulsion à la toux, quand on se frotte avec le doigt les téguments du scrotum pour explorer l'anneau. Expliquée peut-être par la présence d'un varicocèle de ce même côté. — Revu juin 1894. Pas de réci- dive.

DIAGNOSTIC	OPÉRATION	RÉSULTATS
45. T..., Auguste, jardinier, vingt et un ans. Opéré le 25 septembre 1893. <i>Hernie inguinale gauche.</i> — Hernie descendante dans les bourses, sans arriver au contact du testicule.	<i>Cure radicale.</i> — Sac extrêmement mince, relativement solide pourtant assez facile à dissocier. Se continue jusqu'au testicule par un cordon fibreux non perméable (aucune hernie congénitale). Le sac véritable s'arrête à 3 centimètres environ du testicule. Aponévrose du grand oblique incisée pour faciliter l'isolement du sac. Procédé de Kocher. Drainage.	<i>Immédiat.</i> — Sort le 8 octobre, guéri, réunion exacte. <i>Eloigné.</i> — Revu mars 1894. Pas de récurrence.
46. — M..., Marie, quarante-neuf ans. Opéré le 2 octobre 1893. <i>Hernie inguinale droite.</i> — Bonne santé habituelle. Début en juin dernier. Étant habituellement constipée, aurait senti pour la première fois une petite hernie, à la suite d'un effort de défécation. Cette tumeur, tout d'abord très petite, comme un pois, dit la malade, aurait grossi rapidement. Pas de douleur spontanée. La malade essaye de porter un bandage, mais ne peut pas le supporter par suite des douleurs qu'il provoque. Gêne après une journée de fatigue. La malade elle-même insiste beaucoup pour être opérée, effrayée qu'elle est, par cette augmentation rapide de volume.	<i>Cure radicale.</i> — Aussitôt après l'incision des plans superficiels, on tombe sur une tumeur grasseuse, régulière, sortant pendant les efforts de vomissements et entourée d'une enveloppe transparente très mince, qui paraît être le sac. Cette enveloppe incisée, on constate qu'une sonde cannelée ne pénètre pas librement dans le ventre. Et en palpant cette masse grasseuse, homogène, toujours régulière, il semble que l'on sent à l'intérieur de la tumeur deux parois glissant l'une sur l'autre; on croit donc avoir affaire à une hernie petite, mais entourée par une masse provenant de la graisse sous-péritonéale. La graisse est alors dissociée, divisée par de petits coups de ciseaux, sans qu'on trouve rien à son intérieur, pas d'intestin, pas de sac. Le sac véritable était bien la première enveloppe trouvée, et cette graisse n'est probablement pas autre chose que de l'épiploon densifié et épaissi.	<i>Immédiat.</i> — Écoulement sanguin assez considérable par le drain. Pansement renouvelé deux fois par jour. Rétention d'urine pendant les deux premiers jours. Drain enlevé le 4 octobre. L'enlèvement des points de suture est différé quelques jours pour que la réunion soit mieux assurée : les deux lèvres de la plaie ne s'affrontaient pas facilement par suite de l'embonpoint du sujet. Sort guérie le 21 octobre 1893. <i>Eloigné.</i> — Revu le 20 mars 1894. Pas de récurrence.
Actuellement, on constate dans la région inguinale droite une tumeur, du volume d'une mandarine environ. Pas de douleur à la palpation. Réduction de la hernie facile, mais incomplète. Il reste toujours une masse pâteuse, offrant la consistance de la graisse.	La graisse est ligaturée par morceaux en s'assurant toujours qu'aucune de ces portions ne contient d'intestin. Dissection du sac très haut; avec le ligament rond qui ne peut en être séparé. Ligature et résection des deux organes. Suture fermant complètement et solidement le canal inguinal. Drainage.	

DIAGNOSTIC	OPÉRATION	RÉSULTATS
47. G..., Louis, garçon meunier, vingt-cinq ans. Opéré le 20 novembre 1893. <i>Hernie inguinale droite</i> — Hernie fautive saillante notable au-dessus du canal inguinal. 24 août, albumine dans l'urine, régime lacté, l'albumine disparaît seulement au commencement de novembre.	<i>Cure radicale.</i> — Sac assez difficile à séparer du cordon, la paroi antérieure du canal est incisée pour faciliter l'isolement. Sac épais, résiqué très haut et fixé derrière la paroi abdominale, sutures de l'aponévrose du grand oblique, les deux lèvres de l'aponévrose incisée sont superposées de façon à renforcer la paroi et à rétrécir le canal, suture des piliers. Drainage.	<i>Immédiat.</i> — Drain enlevé le 21 novembre. Sutures enlevées le 22, réunion exacte. Au moment de la sortie, albumine en quantité assez considérable; le régime lacté avait été suspendu huit jours après l'opération. Sorti le 20 décembre 1893. <i>Eloigné.</i> — Revu le 21 mars 1894. Pas de récidive.
48. B..., Victor, cultivateur, vingt et un ans. Opéré le 27 novembre 1893. <i>Hernie inguinale droite</i> — Assez grosse hernie (riforme), a porté un bandage longtemps, demande l'opération parce qu'il souffre en travaillant et ne peut faire d'efforts. Albumine en quantité assez notable, apparence de santé parfaite. Quelques jours après, l'albumine a disparu.	<i>Cure radicale.</i> — Sac mince, facilement isolable, paroi antérieure du canal incisée, un point de suture sur la paroi postérieure, à la partie interne de l'orifice profond (muscle transverse et arcade de Fallope). Procédé de Kocher. Drainage.	<i>Immédiat.</i> — Drain enlevé le 28. Sutures enlevées le 29 novembre 1893, bonne réunion. Sorti le 20 décembre 1893. <i>Eloigné.</i> — Revu le 24 mars 1894. Pas de récidive.
49. B..., Auguste, neuf ans. Opéré le 1^{er} décembre 1893. <i>Hernie inguinale gauche.</i> — Tumeur volumineuse, datant de l'âge de trois ans, et descendant dans les bourses, a porté un bandage depuis l'âge de six ans. La tumeur est devenue plus grosse depuis quelques mois.	<i>Cure radicale.</i> — Sac descendant jusqu'au testicule, mais indépendant de la vaginale dont il est séparé assez difficilement. Paroi antérieure du canal incisée. Séparation du sac, poursuivie jusque dans l'abdomen, résection du sac, pédicule fixé derrière la paroi abdominale, résection de la paroi inguinale rétrécie par adossement des feuillets. Procédé de Girard, suture sans drainage (épiploon adhérent au fond du sac), résection d'un gros paquet épiploïque, ligatures multiples et distinctes.	<i>Immédiat.</i> — Sutures enlevées le 4 décembre 1893, bonne réunion. Sorti le 28 décembre 1893. <i>Eloigné.</i> — Revu le 27 mars 1894. Pas de récidive.

DIAGNOSTIC	OPÉRATION	RÉSULTATS
50. B..., Hippolyte, charpentier, quarante-trois ans. Opéré le 27 novembre 1893. <i>Hernie inguinale droite.</i> — Grosse hernie descendant au fond des bourses, anneau très large, aponevrose du grand oblique (paroi antérieure du canal inguinal) très large; testicule droit petit, atrophie; gêne, etc., douleur dans le ventre, partant de la région herniaire et s'irradiant jusque vers l'ombilic.	<i>Cure radicale.</i> — Sac mince, difficilement séparé du cordon, se continuant directement avec la vaginale (hernie congénitale), épiploon adhérent au fond du sac; résection d'un énorme paquet épiploïque, paroi antérieure du canal fendue, moignon du sac fixé après résection, derrière la paroi abdominale, paroi postérieure du canal restaurée, tranverse fixé au bord postérieur de l'arcade de Fallope. Procédé de Bassini. Suture de l'aponévrose du grand oblique et des piliers.	<i>Immédiat.</i> — 30 novembre. Sutures enlevées, drain enlevé le 2 décembre. <i>Eloigné.</i> — Revu le 22 mars 1894. Pas de récurrence.
51. B..., Anloine, maçon, trente trois ans. Opéré le 4 décembre 1893. <i>Hernie inguinale droite.</i> — Grosse hernie ancienne descendant dans les bourses, en partie réductible, douloureuse, tiraillement et gêne.	<i>Cure radicale.</i> — Sac mince, très difficile à isoler, épiploon largement et solidement adhérent, énorme paquet épiploïque réséqué, première résection, pédicule gros, impossible à réduire, deuxième résection, nombreuses ligatures isolées, résection du sac qui rentre dans le ventre, la paroi postérieure du canal est absente, réfection, tranverse fixé au bord interne de l'arcade de Fallope, un point de suture superficiel (la paroi antérieure avait été fendue au début de l'opération). Drainage. On trouve dans la partie réséquée de l'épiploon une véritable cavité, l'épiploon a dû s'enrouler sur lui-même et des adhérences ont fermé l'orifice inférieur.	<i>Immédiat.</i> — Drain enlevé le 5 décembre 1893. Sutures enlevées le 6, bonne réunion. <i>Eloigné.</i> — Revu le 22 mars 1894. Pas de récurrence.
52. C..., Pierre, dix ans. Opéré le 2 décembre 1893. <i>Hernie inguinale droite</i> — A été opéré il y a deux ans et demi, pour une grosseur congénitale du côté gauche. On sent un peu de liquide dans le sac (liquide transparent) et on sent descendre, pendant les efforts, une masse pâteuse formée évidemment par de l'épiploon. Orifice inguinal large, aponevrose du grand oblique peu résistante.	<i>Cure radicale.</i> — Sac mince, ne descendant pas jusqu'au testicule, paroi antérieure du canal fendue. Procédé de Kocher, réfection de la paroi, les deux feuillets sont suturés après affrontement. Drainage.	<i>Immédiat.</i> — Drain enlevé le 3 décembre. Suture le 4 décembre, réunion, un peu de désunion à la partie externe de la plaie (par rétention). <i>Eloigné.</i> — Revu le 29 mars 1894. Pas de récurrence (un peu d'impulsion à la toux de l'autre côté; parois abdominales paraissent faibles; ventre à triple saillie).

DIAGNOSTIC	OPÉRATION	RÉSULTATS
53. P..., Jean Marie, valet de chambre, vingt quatre ans. Opéré le 15 décembre 1893. <i>Hernie inguinale gauche.</i> — Hernie faisant saillie au dehors du canal et ne descendant pas dans les Lourses, gêne et douleur, début il y a quelques mois.	<i>Cure radicale.</i> — Paroi antérieure du canal mince, lâche et distendue, incisée. Sac mince, doublé à sa partie profonde par de la graisse, réséqué et fixé derrière la partie abdominale. Paroi postérieure du canal très faible. Orifice profond, large, quatre points de suture, allant du transverse à l'arcade de Fallope, suture et rétrécissement de la paroi antérieure. Drainage.	<i>Immédiat.</i> — Drain enlevé le 16 décembre. Suture le 17 décembre, réunion. <i>Éloigné.</i> — Revu le 22 mars 1894. Pas de récurrence.

CONCLUSIONS

I. La hernie est une véritable infirmité pour le travailleur : le seul traitement réellement efficace, au moins chez l'adulte, est l'opération.

II. Cette opération, faite par des mains prudentes, entraîne des risques de mort très minimes.

III. Le résultat définitif, déjà satisfaisant, s'améliore tous les jours

a) A mesure que croît l'expérience du chirurgien.

b) A mesure que les essais qui se multiplient, fournissant aux uns des succès et aux autres des enseignements, précisent de plus en plus le manuel opératoire.

IV. Ce manuel opératoire peut être réduit à un petit nombre de procédés, à indications spéciales nettement définies, par exemple ceux de Kocher et de Bassini.

Vu, bon à imprimer
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BONDET.

Vu, bon à imprimer
LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer
LE RECTEUR,
E CHARLES.

TABLE

INTRODUCTION	5
PREMIÈRE PARTIE.	9
CHAPITRE PREMIER	9
CHAPITRE II	13
CHAPITRE III. — Contre-indications relatives à l'âge . .	17
CHAPITRE IV	21
DEUXIÈME PARTIE.	25
CHAPITRE PREMIER. — Les Opérations	28
CHAPITRE II	43
OBSERVATIONS	83
CONCLUSIONS	101

